FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1966 N° 168

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Jacques BRUGERE

né le 23 août 1935 à LORIENT (Morbihan)

Interne des Hôpitaux de la Région de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

LYMPHOSARCOMES ET RETICULOSARCOMES DE LA REGION CERVICO-FACIALE CLINIQUEMENT ISOLES (107 CAS)

Président : M. P. DENOIX, Professeur.

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1966 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR
Jacques BRUGERE

né le 23 août 1935 à LORIENT (Morbihan)

Interne des Hôpitaux de la Région de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

LYMPHOSARCOMES ET RETICULOSARCOMES DE LA REGION CERVICO-FACIALE CLINIQUEMENT ISOLES (107 CAS)

Président : M. P. DENOIX, Professeur.

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE · PARIS-Ve

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK
- LEIDEN -

ANNEE 1966

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bullard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Gaillard (H.), Gaudart D'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN ..... Georges BROUET

1er ASSESSEUR ..... Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR ..... Jean GOSSET

I. - PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
- -	DOGNON (A.)
- -	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Gérontologie expérimentale	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
- -	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
-	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
	DESGREZ (P.)
Biochimie medicale	POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Pharmacologie	LEVY (Melle J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
	KELLERSHOHN (L.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIER (P.)
	Beaujon	LORTAT-JACOB (J. L.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales	Pitié	CORDIER (G.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Broussais	LENEGRE (J.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel Dieu	BARIETY (M.)
Cliniques médicales	Lariboisière	SEZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)		DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		JUSTIN-BESANCON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
	Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales	Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		RENARD (G.)
- - (Cochin)		OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)		N...
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique		GAULTIER (M.)
Clinique urologique (Cochin)		ABOULKER (P.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique		PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale		DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales		POILLEUX (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique		JUDET (R.)
Clinique urologique (Necker)		COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)		N...

b) Professeurs à titre personnel

	MM.
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTON (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	LAMBLING (A.)
	LHERMITTE (F.)
Médecine	PEQUIGNOT (H.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
	BARCAT (J.)
	BINET (J.P.)
	BLONDEAU (Ph.)
	CERBONNET (G.)
	CHATELIN (C.L.)
	DAUTRY (P.)
	DEMIRLEAU
	DUBOST (Cl.)
	FAUREL (J.)
	FLABEAU (F.)
	GALEY (J.J.)
	GARBAY (M.)
	GARNIER (H.)
Pathologie chirurgicale	GAUDART-d'ALLAINES (Cl. de)
	GERMAIN (A.)
	LATASTE (J.)
	LOYGUE (J.)
	MAILLARD (J.N.)
	MERCADIER (M.)
	NATALI (J.)
	PELLERIN (D.)
	PERROTIN (J.)
	PREMONT (M.)
	ROBERT (H.)
	THOMERET (G.)
	VAYSSE (J.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
	BERTAUX (P.)
	COTTENOT (Fr.)
	LOEPER (J.) Pr. s. ch.
Pathologie expérimentale	MAURICE (J.)
	MIKOL (Cl.)
	PAUPE (J.R.)
	ACAR (J.)
	AUQUIER (L.)
	AUSSANAIRE (M.)
	BEAUMONT (J.L.)
	BERNIER (J.J.)
	BOUVIER (J.)
	BOUVRAIN (Y.)
	BRISSAUD (H.)
	BROCARD (H.)
	BUGE (A.)
	CANIVET (J.)
Pathologie médicale	CARLOTTI (J.)
	CATINAT (J.)
	CHRETIEN (J.)
	CLOAREC (M.)
	COBLENTZ (B.)
	CONTAMIN (F.)
	COURY (C.)
	DEBRAY (J.)
	ETIENNE (J.P.)
	FREZAL (J.)
	FRITEL (D.)
	FUNCK-BRENTANO (J.L.)
	GRIVAUX (M.)
	HAZARD (J.)
	HENNEQUET (A.)
	HIMBERT (J.)
	HOUSSET (E.)
	LAGRUE (G.)
	LESOBRE (R.)
	LEVEQUE (B.)
Pathologie médicale (suite)	MACREZ (C.)
	MOREAU (L.)
	NENNA (A.)
	NICK (J.)
	POULET (J.)
	ROYER (P.)
	TCHERDAKOFF (Ph.)
	THIBAULT (Ph.)
	TOURNEUR (R.)
	VILLIAUMEY (J.)
	WOLFROMM (R.)
	ALAGILLE (D.)
	ALISON (J.)
	CANLORBE (P.)
	GORIN (R.)
	LAFOURCADE (J.)
	LEPERCQ (G.)
	LESTRADET (H.)
Pédiatrie - Puériculture	MALLET (R.)
	MANDE (R.)
	MINKOWSKY (A.)
	MOZZICONACCI (P.)
	POLONOVSKI (C.)
	REY (J.)
	RIBIERE (M.)
	ROSSIER (A.)
	VIALATTE (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.)
	LECHAT (P.)
	BARRES (G.)
	DURAND (J.)
	GIRARD (Fr.) m. conf.
Physiologie	HUGELIN (A.)
	LAURENT (D.)
	SCHERRER (J.) pr. s. ch.
	VASSEUR (B.)
	CHANTEUR (J.)
	COURSAGET (J.)
	GREMY (F.) m. conf.
Physique médicale	MILHAUD (G.)
	PAGES (J. Cl.)
	PELLERIN (P.)
	ROUCAYROL (J.C.) pr. s. ch.
	TUBIANA (M.) m. conf.
	DECROIX (G.)
	ISRAEL (L.)
Pneumo phtisiologie	MEYER (A.)
	RENAULT (P.)
	SORS (Ch.)
	DENICKER (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHE (D.)
	FLAVIGNY (H.)
	DUBOST (J.)
Radiologie médicale	LEFEBVRE (J.)
	MICHEL (J.R.)
Rhumatologie	MASSIAS (P.)

	MM.
Stomatologie	CAUHEPE (J.) CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. CREPY (Cl.) FLEURY (R.) GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) FOUET (P.) LABET (R.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

Anatomie	CABROL COUINAUD GILLOT (C.) HUREAU (J.) GAUTHIER-VILLARS (Melle P.) pr. s. ch.
Anatomie pathologique	ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.) pr. s. ch. NEZELOFF (CH.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.) N. du BOUCHET (Mme)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) DAGUET (G.) LE MINOR (L.)
Biochimie médicale	TOURNIER (P.) BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) pr. s. ch. CORNILLOT (P.) DREYFUS (J. Cl.) GONNARD (P.) JEROME (H.) KRUH (J.) LEGRAND (J. Cl.) NORDMANN (J.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Biologie médicale	BENHAMOU (J. P.) BOIVIN (P.) HARTMANN (L.) pr. s. ch.
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Cardiologie	HATT (P.-Y.) CIVATTE (J.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.) HEWITT (J.) TOURAINE (R.)
Electro-Radiologie	HEITZ (F.) m. conf.
Embryologie	LEDOUX-LEBARD (G.) ROUX (CH.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.) pr. s. ch. DA LAGE MAROIS (M.) RACADOT (J.) SCHRAMM (B.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) ROUSSEL (A.) SAPIN-JALOUSTRE (H.) DUPONT (V.)
Maladies infectieuses	LISSAC (J.) RAPIN (M.)
Maladies métaboliques	ANTOINE (B.) CROSNIER (J.) RICHET (G.) SEBAOUN (J.)
Médecine légale	BOURGUIGNON (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du travail	HADENGUE (A.) ALBAHARY (C.)
Neuro-Chirurgie	PERTUISET (B.) CAMBIER (J.) CATHALA (H.) ESCOUROLLE (R.) GAUTIER (J.-Cl.)
Neuro-Psychiatrie	LAPRESLE (J.) LEREBOULLET (J.) PICHOT (P.) TARDIEU (G.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) LEWIN (D.)
Obstétrique	MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) TCHOBROUTSKY (Mme C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	AUVERT (Mme B.) BREGEAT (P.) DUBOIS (A.) FONTAINE (Mme M.) SARAUX (H.) DUPARC (J.)
Orthopédie	MAURER (P.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-Rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.) SERGENT (H.) GOLVAN (Y.)
Parasitologie	HO THI SANG (Melle) LAPIERRE (J.)

III. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES

CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J. M.)	Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique médicale	RAMBERT (P.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
	THIEFFRY (S.)	Clinique urologique	KUSS (R.)
	GRASSET (J.)		
Clinique obstétricale	MAYER (M.)		
	MORIN (P.)		

IV. - PROFESSEURS DETACHES

DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Melle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	Melles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.) Melle LAURENT (H.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544324_0003

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGES	Professeur M. BARIETY
	Professeur J. QUENU
	Docteur J. HEPP
	Professeur R. GARCIN
	Professeur M. MOUQUIN
	Professeur Jean BERNARD
EXTERNAT	Professeur Etienne BERNARD
	Docteur G. SEILLE
	Professeur Jean BERNARD
	Professeur GILBERT-DREYFUS
	Docteur R. PERROT
	Professeur P. MOLLARET
	Docteur M. POUMAILLOUX
EXTERNAT en Ier	Docteur F. ALBERTINI
	Professeur J. BOURDIAL
INTERNAT	Professeur J. DELARUE
	Professeur P. DENOIX
	Docteur Y. CACHIN
	Docteur D. CHARDIN
	Docteur P. TESSIER

LYMPHOSARCOMES et RETICULOSARCOMES

de la région cervico-faciale

cliniquement isolés

ETUDE Clinique , Histo-pathologique , Thérapeutique et pronostique
de 107 cas traités à L' INSTITUT GUSTAVE ROUSSY de 1.951 à 1964 .
(Villejuif)

Travail réalisé dans le service O.R.L. (Docteur Yves CACHIN) .

A Monsieur le Professeur P. DENOIX , Professeur de clinique de Cancérologie Médicale
Directeur de l'Institut Gustave Roussy .
qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse .

A Monsieur le Docteur YVES CACHIN , chef du Service de Chirurgie O.R.L. de
l'Institut Gustave Roussy
qui nous a inspiré le sujet de ce travail .

H I S T O R I Q U E

VIRCHOW sépare en I863 les tumeurs d'origine lymphoïde des états pseudo-leucémiques .

KUNDRAT en I893 , PALTAUF en I896 , puis OBERLING et ROULET en I930 , décrivent et individualisent les Réticulosarcomes et les distinguent du groupe des Lymphomes . (I5 . I9) .

BRILL , BAEHR et ROSENTHAL , puis SYMMERS , reconnaissent les lymphomes giganto-folliculaires . (75 . 8I) . (I925) .

Quant à la maladie de HODGKIN , identifiée en I865 par WILKS comme une affection distincte du groupe des lymphomes et réticulosarcomes , STERNBERG (I898) et REED (I902) en font une description complète .

D E F I N I T I O N

Les Lymphosarcomes (L.S.) et les Réticulosarcomes (R.S.) sont des tumeurs malignes développées :

- soit à partir du tissu lymphoïde : . Lymphoblastosarcome (L.B.S.)
  . Lymphocytosarcome (L.C.S.)
- soit à partir du tissu réticulohistiocytaire: . Réticulosarcome (R.S.)
  . Histiosarcome (H.S.)

Mais le terme de L S. ou même de R.S. est souvent employé sans précision , pour désigner un sarcome conjonctif , sans tenir compte de sa nature histologique originelle , lymphoïde ou réticulaire .

La littérature anglo-saxonne recouvre du terme de " Malignant Lymphoma " cinq types de sarcomes : le L.S.
le R.S.
la maladie de BRILL SYMMERS
la maladie de HODGKIN classique
le paragranuloma de HODGKIN .

La littérature française n'admet pas encore cette classification , mais réunit ces divers sarcomes sous le terme d'hématosarcomes non leucémiques . En revanche , nous avons utilisé la classification américaine en trois stades cliniques , pour préciser les limites de notre travail .

STADE I . Atteinte d'un seul organe , d'une seule région , d'un seul groupe ganglionnaire .

STADE II . Atteinte de deux ou plusieurs régions contigües , de deux ou plusieurs groupes ganglionnaires , mais situés du même côté du diaphragme (par ex. atteinte cervico-axillaire , atteinte cervico-médiastinale) .

STADE III . Atteintes ganglionnaires ou viscérales diverses situées de part et d'autre du diaphragme .

Mais cette classification essentiellement clinique (JELLIFFEE , THOMSON , PETERS) , appelle des réserves car certaines déterminations sarcomateuses latentes échappent même à des investigations poussées ; nous reverrons la difficulté et l'importance de ce problème .

Place des L.S. et des R.S. O.R.L. dans l'ensemble des L.S. et R.S. de toutes Localisations.

D'après les différentes publications consultées , les localisations cervico-faciales des L.S. et des R.S. semblent représenter un peu moins du cinquième de l'ensemble des localisations . (I7 % dans les 4 statistiques suivantes .).

Auteurs	Année	L.S. et R.S. O.R.L.	L.S. et R.S. de toutes localisations
JACKSON et PARKER (I4)	I947	33	I02
COOK et KRABBENHOFT (I05)	I960	63	5I4
FULLER et FLETCHER (I0°)	I962	22	I06
VERAGUTH (I26)	I963	2I	93

PRESENTATION DE NOTRE MATERIEL D'ETUDE

Nous avons groupé nos observations de L.S. et de R.S. de la région cervico-façiale en raison de la fréquence particulière des formes localisées de cette région . Le chiffre de 107 observations retenues apparaît relativement modeste , si l 'on considère le nombre de dossiers dépouillés ; ceci s'explique par plusieurs facteurs :

(1) Nous n'avons retenu que les cas où le document histopathologique affirme de manière indiscutable la nature du sarcome .

(2) Nous avons éliminé :

- Les sarcomes plasmocytaires , les chloromes ;
- les localisations de la Lymphogranulomatose de Hodgkin ;
- Les localisations O.R.L. révélant ou émaillant une leucose aigüe ou chronique.
- Les cas où les difficultés histopathologiques faisaient hésiter entre sarcome et épithélioma très anaplasique . (9 cas) .

(3) Nous n'avons pas conservé les dossiers des malades perdus de vue . (11 cas) .

(4) Enfin , nous n'avons conservé que les stades I , tels qu'ils pouvaient être définis avant la lymphographie . Des critères rigoureux sont nécessaires pour affirmer qu'il s'agit bien d'un stade I , où la tumeur reconnue par l' O.R.L. est bien isolée : examen clinique à la recherche d'autres localisations , radiographie pulmonaire , voire tomographies et évetuellement tomographies frontales inclinées ; hémogramme et leuco-concentration ; médullogramme , voire ponctions multiples ; bilan hépatique et ponction biopsie hépatique en cas d'anomalie ; éventuellement transit intestinal . En cas de R.S. , radiographie de tout le squelette , scintigraphie splénique si la rate est de volume normal .

Mais même ces investigations peuvent se révéler insuffisantes , la lymphographie seule révélant une atteinte ganglionnaire latente profonde , qui modifiera complètement l'attitude thérapeutique et le pronostic , en affirmant qu'il s'agit bien d'un stade III .

B U T S DE CE T R A V A I L

Diverses questions nous ont amené à grouper les observations de sarcomes lymphoïdes et réticulaires de la régionn cervico-façiale ; en effet, il existe peu de publications n'étudiant que ceux-ci , et ces dernières étudient surtout soit l'amygdale (32 . 45 . 48 .) , soit le cavum (48 . 49 .) .

Nous nous proposons d'étudier dans notre série de cas suivis à L'Institut Gustave Roussy (I.G.R.) , et dans la littérature :

(I) La répartition par âge
sexe
localisation

(2) Le diagnostic histopathologique et cytologique

(3) L'évolution , étudiant l'influence de :

. l'âge
. la localisation
. l'histologie
. le traitement

sur :

- le nombre et la durée des rémissions
- la durée de survie
- la nature et le nombre des récidives loco-régionales
- leur curabilité
- la fréquence et le délai d'apparition d'une détermination extra-cervico-façiale
- la fréquence d'une évolution leucémique .

REPARTION CHRONOLOGIQUE DES DATES DU PREMIER EXAMEN DE NOS I07 MALADES A L'I.G.R.

Année de la première consultation	Nombre de malades
I95I	I
I952	I
I953	0
I954	I
I955	7
I956	8
I957	9
I958	4
I959	8
I960	8
I96I	20
I962	I2
I963	I0
I964	I8

REPARTITION TOPOGRAPHIQUE

Parmi l'ensemble des tumeurs malignes O.R.L. ; les L.S. et les R.S. représentent un pourcentage très variable selon la localisation , ainsi que nous le reverrons ultérieurement en étudiant diverses publications .

On peut admettre que les L.S. et les R.S. représentent :

- le quart des tumeurs malignes de l'amygdale palatine ,
- 30 % des tumeurs malignes du cavum ,
- 7 % des tumeurs malignes du massif façial ,
- moins de I % des tumeurs malignes de l'hypopharynx et du larynx .

Dans notre série de cas suivis à l'I.G.R. ,deux localisations dominent par leur fréquence :

(I) L'anneau lymphatique de Waldeyer et l'hypopharynx : 62 cas soit 58 % .

(2) Le massif façial : 32 cas , soit 30 % .

Ces deux localisations représentent à elles seules 94 sur I07 , soit 88 % .

L'anneau de Waldeyer comprend :

. l'amygdale palatine (38 cas) (35 % de l'ensemble)
. l'amygdale pharyngienne (cavum) (I7 cas)
. l'amygdale linguale (base de langue) (4 cas) .

L'Hypopharynx a été intéressé dans 3 cas .

Le massif façial (32 cas) peut être atteint à des niveaux différents :

- soit la voute palatine (I5 cas) ,
- soit le cornet inférieur seul (5 cas) ,
- soit le cornet inférieur et le sinus maxillaire (6 cas) ,
- soit la suprastructure (6 cas) .

La gencive de la mandibule (4 cas) .

Glande salivaire (Parotide : I cas) .

Enfin , nous avons inclu dans notre série 8 cas de L.S. de ganglions cervicaux , isolés , sans tumeur décelable au niveau des voies aéro-digestives supérieures , tout au long de l'évolution , mais il faut souligner qu'aucune étude histo-cytologique des formations lymphoïdes de l'anneau de Waldeyer n'a pu être entreprise chez ces 8 malades .

Répartition par SEXE

Nous trouvons 43 femmes et 64 hommes , soit 40 % dans le sexe féminin , et 60 % dans le sexe masculin . Cette répartition est conforme aux chiffres proposés par Rosenberg , Peters, Fuller , Ennuyer . Il ne nous semble pas y avoir de localisations préférentielles pour un sexe

Facteurs étiologiques

Aucun malade n'avait subi d'irradiation de la région cervico-façiale . Quant aux facteurs favorisants classiques (tabagisme , alcoolisme) , nous n'avons pu étudier leur rôle avec précision .

DISTRIBUTION PAR ANNEES D' AGES DE NOS 107 CAS

Nous n'avons pas observé de cas avant deux ans.

La prédominance pour les 5ème et 6ème décades de la vie avait été signalée par Vera Peters (1953.127) et se retrouve dans notre série puisque de 40 à 69 ans, nous retrouvons 60 cas soit 56 %.

Nombre de cas	Age
6	De 2 à 9 ans
7	De 10 à 19 ans
8	De 20 à 29 ans
14	De 30 à 39 ans
11	De 40 à 49 ans
19	De 50 à 59 ans
30	De 60 à 69 ans
9	De 70 à 79 ans
3	De 80 à 89 ans
Total:107	

REPARTITION PAR SEXE CHEZ L'ADULTE

HOMMES

Nombre de cas	Age
4	De 2 à 9 ans
5	De 10 à 19 ans
5	De 20 à 29 ans
9	De 30 à 39 ans
10	De 40 à 49 ans
12	De 50 à 59 ans
15	De 60 à 69 ans
3	De 70 à 79 ans
1	De 80 à 89 ans
Total:64 H.	

FEMMES

Nombre de cas	Age
2	De 2 à 9 ans
2	De 10 à 19 ans
3	De 20 à 29 ans
5	De 30 à 39 ans
1	De 40 à 49 ans
7	De 50 à 59 ans
15	De 60 à 69 ans
6	De 70 à 79 ans
2	De 80 à 89 ans
Total:43 F.	

Après 60 ans, on retrouve : -19 Hommes sur 64 (30%) -23 Femmes sur 43 (54%)

(I) Signes cliniques .

Huit malades présentaient des signes généraux marqués , s'accompagnant d'amaigrissement important dans six cas , et d'anémie dans deux cas . Il s'agissait dans six cas de volumineuses tumeurs lymphoblastiques de l'amygdale , et dans les deux autres cas , d'importantes tumeurs réticulaires du cavum . Le décès est survenu dans cinq cas dans la cachexie avec diverses localisations sarcomateuses dans un délai de 2 à 6 mois . Mais trois malades sont encore en vie avec un recul de 5 ,3 , et 2 ans .
Splénomégalie , lésions cutanées , prurit n'ont été observés qu'à la phase de généralisation sarcomateuse , au stade III .

(2) Signes biologiques .

a/ La vitesse de sédimentation a été mesurée chez 62 malades au cours du premier bilan ; elle était inférieure à I0 à la première heure chez 56 malades et supérieure à 40 chez 6 malades (4 d'entre eux sont encore vivants après 3 ans) . Elle n'est plus considérée comme un bon test d'évolutivité ou de surveillance.

b/ L'électrophorèse sanguine a été pratiquée chez 57 malades ; elle n'a été trouvée anormale que 4 fois ; 3 fois hyper-gamma-globulinémie; I fois forte hypo-gamma-globulinémie ; ces 4 malades sont morts dans un délai de 6 àI0 mois , dans un tableau de lymphosarcomatose généralisée type Kundrat .

c/ L'hémogramme , systématiquement pratiqué , est en général normal , ne montrant que dans dix cas sur cent une polynucléose neutrophile modérée , une anémie discrète . l'hémogramme est répété périodiquement pour juger de l'influence éventuelle de la thérapeutique physique ou surtout chimiothérapique , et dépister une transformation leucémique .

d/ La ponction médullaire , systématiquement pratiquée lors du premier bilan , permet d'affirmer l'absence d'atteinte hématologique latente dans notre série de stades I . Tout au plus , avons-nous noté dans trois cas , une réaction granulocytaire importante avec maturation myéloïde normale .

(3) Lymphographie .

La lymphographie des chaines ganglionnaires iliaques et lombo-aortiques est maintenant systématique . Elle permet de déceler les adènopathies profondes latentes , avant qu'elles ne s'extériorisent à l'urographie intraveineuse , ou se révèlent par des signes de compression cave inférieure . Seule une lymphographie normale permet aujourd'hui d'affirmer qu'on est bien en présence d'un stade I . Mais en raison de la date de leur début clinique , la plupart de nos I07 cas n'ont pas eu de lymphographie lors du bilan initial ;mais elle a été pratiquée I0 fois lors d'une récidive : normale 6 fois, pathologique dans 4 cas .

E T U D E H I S T O L O G I Q U E et C Y T O L O G I Q U E

L'ensemble des documents histo-pathologiques et cytologiques a été revu par un groupe d'anatomo-pathologistes et par les cytologistes du service du Professeur G. Mathé , sous la direction du Docteur R. Gérard-Marchant , chef de l'unité d'Histo-Pathologie de l'Institut Gustave Roussy . Nous tenons à leur exprimer ici toute notre gratitude .

Caractères généraux

Les proliférations tumorales malignes du système lympho-réticulaire comprennent plusieurs types reconnaissables par leurs dispositions architecturales et la cytologie des éléments. Dans les cas simples , l'architecture normale est remplacée par une nappe uniforme et monotone de cellules toutes identiques , faisant disparaître les centres germinatifs et homogénéisant la structure organoïde , que remplace la prolifération néoplasique .

Classification

.I. Les LYMPHOSARCOMES

La prolifération responsable de la disparition des follicules à centre clair est faite de cellules libres :

- soit petites , à noyaux denses , peu nucléolés , rares en mitoses , c'est le LYMPHOCYTOSARCOME (L.C.S.) .
- soit plus grandes , à cytoplasme plus abondant , à noyaux portant un nucléole , c'est le LYMPHOBLASTOSARCOME (L.B.S.) .

.II. Les RETICULOSARCOMES

La tumeur est ici formée de cellules à limites cytoplasmiques peu nettes . Cette disposition syncytiale est semée de lacunes gonflées par la lymphe ou remplies de lymphocytes . Les noyaux sont assez volumineux , ovalaires , avec une chromatine fine et réticulée , un ou plusieurs nucléoles sont présents ; les mitoses sont fréquentes .
Il est classique de distinguer diverses variétés de Réticulosarcomes (R.S.) :

- Pour les Histologistes , on oppose les R.S. dictyocytaires où la tendance syncitiale est peu marquée et qui suscite un riche réseau de réticuline , bien mis en évidence par les colorations argentiques , et les R.S. syncitiaux ; on décrit également une forme intermédiaire , dictyo-syncitiale .
- Pour les Hématologistes , on oppose le R.S. syncitial classique et l'Histiosarcome (H.S.) , avec ses deux formes :

. L' Histiocytosarcome , qui correspond à peu près au Réticulosarcome des histologistes , et,

. L' Histioblastosarcome , qui représentait la forme tumorale de la leucémie aigüe monoblastique .

Il nous a paru logique de grouper nos observations de R.S. et de H.S. , aussi bien pour ne pas morceler nos statistiques, que pour ne pas entrer dans des querelles d'école .

.III. LES FORMES MIXTES

Les formes de transition (" Lympho-réticulo-sarcomes ") sont d'existence discutée , et ne sauraient être admises sans corrélation histo-cytologique formelle . En effet , des éléments préexistants à la tumeur , soit résiduels , soit en hyperplasie irritative , peuvent donner le change pour une association néoplasique . Nous n'avons donc pas conservé cette dénomination pour notre étude .
Mais il reste des cas où , s'il est possible d'éliminer un épithélioma , on ne peut préciser la nature du sarcome lympho-réticulaire : ce sont ces cas que nous avons groupé dans ce travail sous la rubrique " Lymphome malin sans autre spécificité " (L.M. SAS).

.IV. La Maladie de BRILL-SYMMERS

Elle est caractérisée par une multiplication et une dissémination des follicules germinatifs à centre clair , et une augmentation de diamètre de ces follicules . Ce lymphome giganto-folliculaire est de diagnostic relativement facile en soi , mais il est plus ardû de dire en quoi va évoluer la maladie :R.S. , L.S. , Leucémie lymphoïde chronique , maladie de Hodgkin .

REPARTITION HISTOLOGIQUE DE NOS IO7 CAS

L.B.S. 57 . (SOIT 53 % de l'ensemble et 95 % des sarcomes Lymphoïdes) .
L.C.S. 3 .
R.S. 23 . (SOIT 2I % de l'ensemble) .
H.S. I7 . (Les sarcomes réticulo-histiocytaires représentent 37 % de l'ensemble).
L.M. 7 .

Total IO7 .

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Un processus inflammatoire chronique peut revêtir au niveau du tissu lymphoïde cervi o-façial , et particulièrement chez l'enfant , un type hyperplasique pseudo -tumoral . La conservation d'une architecture organoïde avec présence de follicules germinatifs , l'absence d'éléments à cytologie blastique sont les caractères essentiels de bénignité . Mais le diagnostic peut être très difficile : une tumeur ulcérant la muqueuse (amygdale palatine surtout) , s'accompagne d'un infiltrat inflammatoire ; une adénite chronique peut donner des asoects se rapprochant de la maladie de Brill-Symmers . Des biopsies itératives après traitement anti-inflammatoire peuvent être nécessaires pour affirmer ou infirmer un processus néoplasique .

Certains épithéliomas peuvent donner le change . C'est rarement le cas des épithéliomas sarcomatoïdes qui simulent surtout un sarcome fibroblastique . Mais ce peut être un épithélioma très indifférencié , fait de petites cellules rondes pseudo-lymphocytaires ; ou surtout un lympho-épithéliome de Regaud , qui associait classiquement un épithélioma peu différencié à un lymphosarcome , avec des images transitionnelles.En réalité , on s'accorde aujourd'hui à ne voir dans la tumeur décrite par Regaud , qu'un épithélioma , les aspects du stroma évoquant un L.S. et les images transitionnelles n'étant que des épiphénomènes .

Les plasmocytomes prêtent peu à confusion , la cellule tumorale étant très caractéristiques par son cytoplasme amphophile , son noyau excentrique et sa chromatine en mottes périphériques . On y trouve souvent de volumineuses formes de dégénérescence (corps de Russel) , qui ne s'observent qu'ici .

La maladie de Waldenström est surtout caractérisée par l'élévation considérable de la bêta-2 macro-globuline sérique . Les biopsies montrent des aspects évoquant un L.S. , mais avec présence de dépôts de substance amorphe se colorant électivement par le PAS .

La maladie de Hodgkin ne pose guère de problèmes dans sa forme typique de granulome hodgkinien , ni dans celle récemment décrite de fibrose nodulaire . Par contre , il convient de distinguer entre sarcoma Hodgkinien et R.S. anaplasique d'une part , et paragranuloma hodgkinien et L.C.S. d'autre part;. dans les deux cas , c'est sur la présence ou l'absence de cellules de Sternberg caractéristiques que repose le diagnostic .

Les localisations leucosiques seront rapportées à leur cause par l'enquête hématologique .

En conclusion , le diagnostic des L.S. et des R.S. est souvent difficile .Il ne peut se faire que sur des coupes d'excellente qualité , ce qui suppose un prélèvement correct et une fixation parfaite :

- Prélèvement correct : la biopsie doît être franche , suffisamment volumineuse , dans une zône non nécrotique ; elle doit être non traumatisante , qu'il s'agisse d'écrasement à la pince ou de dilacération par le bistouri ou les ciseaux .
- Fixation parfaite : le fragment doit être mis aussitôt dans un grand volume de fixateur (formol neutre à I0 % ou liquide de Bouin) sans qu'il se soit désséché sur une compresse ou un champ .

Le diagnostic de la variété tumorale est parfois aussi difficile . Dans bien des cas , il repose sur une confrontation histo-cytologique . C'est dire que chaque fois que c'est possible , une lame destinée à la cytologie sera obtenue par empreinte ou étalement du suc obtenu par ponction à l'aiguille .

ETUDE CYTOLOGIQUE DES ADENOPATHIES

Sur les 62 malades porteurs d'adénopathies lors du premier bilan , 26 ont eu un ou plusieurs adénogrammes . Une seule fois , la cytologie était normale . Parmi les 25 autres , il y avait : 2I concordances histo-cytologiques ,

2 cas où l'on notait des cellules tumorales malignes

2 cas où l'on observait seulement I00 % de lymphocytes normaux .

Diagnostic histologique	Diagnostic cytologique
I6 L.B.S.	I4 fois 95 à I00 % de Lymphoblastes I fois " cellules tumorales malignes " I fois I00 % de Lymphocytes
5 H.S.	4 fois "cellules réticulaires malignes " I fois I00 % de Lymphocytes
3 R.S.	3 fois cellules réticulaires malignes
I L.C.S.	I fois I00 % de Lymphoblastes

REPARTITION HISTOLOGIQUE PAR LOCALISATIONS

Siège	L.B.S.	L.C.S.	L.M.	R.S.	H.S.
Amygdale palatine	22	I	3	I0	2
Cavum	8	I	I	4	3
Amygdales linguales	3	0	0	0	I
Pharynx	0	I	0	0	2
Massif façial	I5	0	3	7	7
Ganglions	8	0	0	0	0
Mandibule	I	0	0	2	I
Parotide	0	0	0	0	I
Total	57	3	7	23	I7

REPARTITION HISTOLOGIQUE PAR SEXE

		Sexe masculin	Sexe féminin
Sarcomes Lymphoïdes	60	40	20
Sarcomes Réticulohistiocytaires	40	I8	22
Sarcomes " L.M. SAS "	7	6	I
Total	I07	64	43

(I) Chez l'homme , les sarcomes lymphoïdes représentent les deux tiers des cas .

(II) Chez la femme , les deux types cellulaires sont à peu près également représentés .

Nous allons maintenant étudier l'âge auquel se révèlent les L.S. et les R.S. , suivant le sexe et selon l'histologie .

Malades atteints de sarcomes lymphoïdes : AGES au début clinique .

Sexe Masculin

Cas	AGE
I	de 2 à 9 ans
5	de I0 à I9 ans
2	de 20 à 29 ans
7	de 30 à 39 ans
6	de 40 à 49 ans
7	de 50 à 59 ans
9	de 60 à 69 ans
0	de 70 à 79 ans

Total: 40

Sexe Féminin

CAS	AGE
0	de 2 à 9 ans
I	de I0 à I9 ans
2	de 20 à 29 ans
2	de 30 à 39 ans
0	de 40 à 49 ans
5	de 50 à 59 ans
8	de 60 à 69 ans
2	de 70 à 79 ans

Total : 20

Chez la femme , nous trouvons 70 % des cas de L.S. après 50 ans , alors que chez l'homme la répartition est plus variée , les cas survenant après 50 ans ne représentant que 35 % .

Malades atteints de sarcomes Réticulo-Histiocytaires : AGES au début clinique .

Sexe Masculin

Cas	AGE
3	de 2 à 9 ans
0	de I0 à I9 ans
0	de 20 à 29 ans
2	de 30 à 39 ans
4	de 40 à 49 ans
3	de 50 à 59 ans
5	de 60 à 69 ans
I	de 70 à 79 ans
0	de 80 à 89 ans

Total :I8

Sexe Féminin

Cas	AGE
2	de 2 à 9 ans
I	de I0 à I9 ans
I	de 20 à 29 ans
3	de 30 à 39 ans
I	de 40 à 49 ans
2	de 50 à 59 ans
7	de 60 à 69 ans
3	de 70 à 79 ans
2	de 80 à 89 ans

Total :22

Chez la femme , 55 % des sarcomes Réticulo-Histiocytaires débutent après 60 ans , alors que chez l'homme la distribution est plus variée .

REPARTITION TOPOGRAPHIQUE DES SARCOMES LYMPHOPLASTIQUES (57 cas)

Localisation	SEXE		AGE	
	Masculin	Féminin	Plus de I4 ans	Moins de I4 ans
Amygdale palatine	I6	6	2I	I
Cavum	6	2	6	2
Amygdale linguale	2	I	3	0
Massif facial	9	6	I4	I
Mandibule	I	0	I	0
Ganglions cervicaux	6	2	8	0
Total	40	I7	53	4

L Y M P H O C Y T O S A R C O M E S

Nous n'en avons observé que trois cas ; un au niveau de l'amygdale , un au niveau du cavum , et un à la paroi postérieure du pharynx . Les trois malades étaient du sexe féminin , âgées de , 59 , 63 , 66 ans , au début clinique de l'affection .

MALADIE DE BRILL - SYMMERS

Nous en avons suivi quatre cas , chez des adultes du sexe masculin , entre 30 et 50 ans . Ce diagnostic histo-pathologique initial a été porté par exérèse ganglionnaire .
Nous n'avons jamais observé l'architecture particulière du lymphome giganto-folliculaire au niveau du massif facial , ni surtout au niveau de l'anneau de Waldeyer où cette affection se rencontre parfois . (74 . 78 . 80 .)
L'évolution s'est fait trois fois vers un L.B.S. , une fois vers un H.S.

REPARTITION TOPOGRAPHIQUE DES SARCOMES HISTIO-RETICULAIRES

Localisation	Réticulosarcomes Sexe Masculin	Réticulosarcomes Sexe Féminin	Histiosarcomes Sexe Masculin	Histiosarcomes Sexe Féminin
Amygdale palatine	3	7	I	I
Cavum	2	2	2	I
Amygdale linguale	0	0	0	I
Massif façial	5	2	2	5
Mandibule	I	I	0	I
Parotide	0	0	I	0
Hypopharynx	0	0	I	I
Total	II	I2	7	I0

Lymphomes malins S.A.S.

Sept cas ont dû être classés dans cette rubrique .

Topographie : Localisation	Hommes	Femmes
Amygdale palatine	2	I
Cavum	I	0
Massif façial	3	0

Age au début clinique : I cas de 40 à 49 ans
I " de 50 à 59 ans
I " de 60 à 69 ans
3 " de 70 à 79 ans
I " de 80 à 89 ans

REPARTITION DES I07 CAS TRAITES A L'INSTITUT GUSTAVE ROUSSY

LOCALISATION .	TOTAL	SEXE MASCULIN	SEXE FEMININ
Amygdale palatine	38	22	I6
Cavum	I7	I2	5
Amygdale linguale	4	2	2
Hypopharynx	3	I	2
Massif façial	32	I8	I4
Ganglions	8	6	2
Gencive mandibulaire	4	2	2
Parotide	I	I	0
TOTAL	I07	64	43

E T U D E PAR L O C A L I S A T I O N S

.I. A M Y G D A L E P A L A T I N E

Place des L.S. et des R.S. de l'amygdale palatine parmi les tumeurs malignes de l'amygdale.

Ils représentent un peu moins du quart des tumeurs malignes de cet organe . Ainsi divers auteurs étudiant des séries de tumeurs amygdaliennes malignes ont retrouvé les chiffres suivants :

AUTEURS	ANNEE	L.S. et R.S.	TUMEURS MALIGNES
HONSELL	I93I	23	II4
ELIS ERVEN	I93I	36	95
VICI	I93I	I8	48
SORIN	I948	I04	394
MADURO	I953	38	II4
JOHNSON	I960	3	I3I
ce qui représente		222 sur	896

soit un pourcentage de 23 % , chiffre comparable à ceux de DUCUING (I9 %) et de ENNUYER (23 %) . En revanche , à l' I.G.R. , sur 883 tumeurs malignes de l'amygdale suivies de I95I à I963 , nous n'avons retrouvé que 5 % de L.S. et R.S. de l'amygdale.

Cas étudiés.

Nous avons étudié 38 cas de L.S. et R.S. de l'amygdale palatine : 22 du sexe masculin , et I6 du sexe féminin ; parmi ces 38 cas , un seul enfant , un garçon de I2 ans .

(I) Les signes fonctionnels révélateurs sont de deux ordres :

- Signes pharyngés .

Sensation d'hypertrophie amygdalienne , avec gène à la déglutition , parfois à la phonation le plus souvent sans douleurs . 24 de nos malades ont consulté pour une"grosse amygdale" . Une otalgie unilatérale était associée 4 fois à la dysphagie .

- Adénopathies cervicales .

Elles ont été I4 fois la cause directe de la consultation initiale . Ennuyer et Bataïni notent les adénopathies comme symptôme initial dans un quart des cas . Dans 5 cas , le premier examen O.R.L. n'a rien retrouvé , la tumeur amygdalienne ne s'étant extériorisé cliniquement qu'après un délai de 3 à 6 mois .

(2) Caractères macroscopiques de la Tumeur :

L'examen du pharynx reconnait d'emblée l'existence de la tumeur amygdalienne en raison de l'asymétrie des loges amygdaliennes . Deux types de tumeur peuvent s'observer

a/ Tumeur lisse , mamelonnée , plus ou moins ferme ou rénittente , parfois molle bombant en avant , refoulant le pilier antérieur . Recouverte d'une muqueuse lisse , souvent normale ou rouge , mais évoquant parfois en cas de début aigu subfébrile , un phlegmon de l'amygdale . 5 de nos malades avaient eu une incision récente car ce diagnostic avait été porté .
Ce type de tumeur a été observé 25 fois .

b/ Tumeur ulcérée , comme éclatée , à fond sanieux , observée un peu moins souvent (I3 fois) .

Le volume tumoral était très variable . Dans 2I cas , l'amygdale intéressée atteignait ou dépassait la ligne médiane .

(3) L'extension tumorale :

Elle est difficile à apprécier en raison de la consistance de la tumeur . Ennuyer et Bataïni - à qui nous empruntons la description de l'extension - pensent qu'elle est souvent sous-estimée . Elle intéresse :

le pilier antérieur et le voile
le pilier postérieur
. les fossettes glosso-épiglottiques
le rhino-pharynx , d'exploration difficile en raison du volume tumoral .

Enfin la recherche de localisations latentes est systématique au niveau de l'autre amygdale et de tout l'anneau de Waldeyer . Ainsi avons-nous retrouvé :

- une atteinte simultanée des 2 amygdales palatines
- une atteinte concommittante d'une amygdale palatine , de l'amygdale linguale controlatérale et du toit du cavum .

On peut donc définir trois classes :

. tumeur localisée à l'amygdale (5 cas)
. tumeur propagée aux piliers (29 cas)
. tumeur très étendue , à l'anneau de Waldeyer et à la paroi postérieure du pharynx(4 cas)

(4) Adènopathies .

Neuf malades sur 38 étaient indemnes d'adènopathies cliniquement perceptibles lors du premier bilan , soit 24 % . Ennuyer , sur I50 malades , retrouve également un pourcentage de 22 % de malades chez lesquels l'examen clinique ne palpe pas d'adènopathies .

Sur les 29 malades présentant des adènopathies , 27 avaient une tumeur amygdalienne strictement unilatérale , mais 5 d'entre eux avaient des adènopathies bilatérales .
Les ganglions tuméfiés sont de consistance ferme ou élastique .
Leur topographie est surtout jugulo-carotidienne (27 fois) et sous-maxillaire (I8 fois) plus rarement spinale (5 fois) , ou sus-claviculaire (2 fois) .
Leur volume est : 20 fois entre 2 et 6 centimètres ,
9 fois inférieur à 2 centimètres ,
8 fois supérieur à 8 centimètres , dont 5 fois monstrueux , réalisant un placard masto-claviculaire .
Nous n'avons pas retrouvé de rapports entre le volume de la tumeur et la taille des adènopathies , ainsi que l'avait déjà noté Sorin .
Rappelons que toute localisation extra-cervico-faciale retrouvée lors du premier bilan nous a fait exclure le malade de notre étude .

(5) Répartition histologique .

Histologie	Total	Avec adènopathies au Ier examen	Sans adènopathies au Ier examen
L.B.S.	22	I7	5
L.C.S.	I	0	I
R.S.	I0	8	2
H.S.	2	I	I
L.M. SAS	3	3	0
TOTAL	38	29	9

La biopsie est pratiquée si possible avant tout traitement, mais est immédiatement suivie de la mise en traitement .

. II . C A V U M

Place des L.S. et des R.S. du cavum parmi les tumeurs malignes du cavum .

Ils représentent , d'après les 4 statistiques consultées , environ 30 % de l'ensemble des tumeurs malignes du cavum .

	L.S. et R.S.	Tumeurs malignes	%
NEW et STEVENSON	390	II83	33
GOTFREDSEN	I3I	454	29
SORIN (I948)	52	237	22
BACLESSE (I959)	I67	530	3I
Total :	740	2.404	30 %

Ce chiffre de 30 % est comparable à celui proposé par BOUCHE (I956) de I/3 de sarcomes. A l'I.G.R. ,sur I88 tumeurs malignes de cette localisation , suivies de I95I à I963 , nous ne retrouvons que 9 % de L.S. et R.S.

A signaler une étude de Yeh à Formose (57 .I962) , qui ne retrouve dans la race jaune que 9 cas de sarcomes pour une série de I.000 tumeurs malignes du cavum ; l'augmentation de la fréquence des tumeurs du cavum se fait donc seulement au profit des épithéliomas .

Cas étudiés .

Nous avons étudié I7 cas de L.S. et R.S. du cavum ; I2 du sexe masculin , et 5 du sexe féminin , dont un enfant .

(I) Signes fonctionnels révélateurs :

Ils ne sont pas spécifiques et évoquent seulement une tumeur du cavum , sans préjuger de sa nature . On peut les schématiser avec Bouche en quatre syndromes :

- rhinologiques : obstruction nasale progressive souvent bilatérale .
- tubaire : obstruction tubaire uni- ou bilatérale , sans rémissions , avec otalgies .
- adènopathique .
- neurologiques (atteintes des VI , V , syndromes des trous déchirés antérieur ou post.)

9 de nos malades ont consulté pour des signes rhinologiques ,
4 pour des signes otologiques ,
2 pour des adènopathies ,
2 pour gêne à la déglutition ,
2 seulement présentaient des signes neurologiques au premier bilan .

(2) La tumeur .

Elle est exophytique , molle , friable , saignant facilement . Elle est en règle développée aux dépens des formations lymphoïdes du toit du cavum , ou au pourtour d'un orifice tubaire .

(3) L'extension tumorale .

Elle intéresse rapidement toutes les parois , prédominant en règle sur une paroi latérale , ainsi que le montre le tableau suivant , qui précise l'extension initiale de nos I7 cas . Ajoutons que dans 3 cas , la tumeur intéressait la partie supérieure de la loge amygdalienne d'un ou des deux côtés .

Extension tumorale	Numéros de nos observations															
	I	2	3	4	5	6	7	8	9	I0	II	I2	I3	I4	I5	I6	I7
Toit	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Paroi latérale		+			+	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+	+
Paroi antérieure			+			+				+	+		+				
Paroi postérieure	+								+								

(4) Etude radiologique .

Elle a essentiellement un intérêt pour juger de l'extension osseuse . Les clichés de profil , bouche fermée puis ouverte , en s'aidant de la manoeuvre de Valsalva et de contraste lipiodolé , permettent d'analyser les parois du cavum , le bord postérieur des choanes , l'état du sinus sphénoïdal et de la selle turcique . L'incidence de base (Hirtz) recherche les opacités sinusiennes et étudie les images de destruction osseuse , en particulier au niveau de la région pétro-sphénoïdienne et des trous de la base du crâne .
Dans les I7 bilans radiotomographiques pratiqués à l'I.G.R. , nous n'avons retrouvé aucun signe formel d'atteinte osseuse .

(5) Les adénopathies .

Six malades sur I7 étaient indemnes d'adénopathies cliniquement décelables lors du premier bilan . Pour les onze qui en présentaient , le volume des ganglions était :

- 6 fois inférieur à 2 centimètres de diamètre ,
- 3 fois compris entre 2 et 6 centimètres de diamètre ,
- 7 fois supérieur à 7 centimètres .

Il y avait 6 atteintes unilatérales et 5 malades étaient porteurs de ganglions bilatéraux . Le siège est : surtout jugulo-carotidien (9 fois) , puis sous-maxillaire (4 fois) et spinal (4 fois) , enfin sus-claviculaire (2 fois) .

(5) Répartition histologique .

Histologie	Total	Avec adènopathies au Ier examen	Sans adènopathies au Ier examen
L.B.S.	7	6	I
L.C.S.	I	0	I
R.S.	4	I	3
H.S.	3	2	I
L.M. SAS	2	2	0
TOTAL	I7	II	6

La biopsie , pratiquée après relèvement du voile , doit être immédiatement suivie de la mise en traitement .

. III . A M Y G D A L E S L I N G U A L E S

Nous avons traité à l'I.G.R. 4 cas de L.S. et R.S. des formations lymphoïdes de la base de la langue . Il s'agit de 4 adultes , 2 de chaque sexe .
Révélée par une dysphagie , la tumeur atteint une amygdale linguale et la fossette glosso-épiglottique homolatérale , n'atteint pas le V lingual , et ne dépasse pas la ligne médiane .
Trois malades sur quatre présentaient des adènopathies jugulo-carotidiennes homolatérales de taille modérée .

Histologie	Avec adèn. au Ier examen	Sans adèn. au Ier examen
L.B.S.	2	I
H.S.	I	0

Cette localisation est rare : nous n'avons retrouvé que 2 publications rapportant une série de sarcomes dits " de la base de langue " : Sorin (I948 . 44), I6 sarcomes de toutes histologies pour 237 sarcomes O.R.L. ; et Parolari et Leonardelli (I962 .4I) ,

qui rapportent 7 L.S. et .R.S. sur 2I tumeurs rares de la base de langue .
A l'I.G.R. , sur un total de 469 tumeurs malignes de la base de langue traitées de I95I à I963 , nous n'avons noté que 4 L.S. et R.S.

. IV . HYPOPHARYNX

Nous avons suivi 3 cas de L.S. et R.S. de l'hypopharynx , 2 de la paroi postérieure de l'hypopharynx (un dans chaque sexe) et un du sinus piriforme , chez une femme .
Ils se sont révélé par une dysphagie .

Histologie	Avec adèn. au Ier examen	Sans adèn. au Ier examen
L.B.S.	I	0
R.S.	0	2

Les sarcomes de cette localisation sont très rares : de I95I à I963 , II83 tumeurs de l'hypopharynx ont été suivies à l'I.G.R.

. V . MASSIF FACIAL

Place des L.S. et des R.S. du massif facial dans l'ensemble des tumeurs malignes du massif ethmoïdo-maxillaire .

Nous avons retrouvé dans la littérature trois séries importantes et concordantes :

- Windeyer (I943) I2 L.S. et R.S. pour I4I épithéliomas
- Dargent (I948) I6 L.S. et R.S. pour I9I épithéliomas
- Huet , Stefani(I960) I2 L.S. et R.S. pour 224 épithéliomas ,

ce qui donne un chiffre moyen de 7 % .

A l'I.G.R. , sur 3I4 tumeurs malignes du massif facial , suivies de I95I à I963 , nous retrouvons environ I0 % de L.S. et R.S.

Cas étudiés .

Nous avons étudié 32 cas de L.S. et R.S. du massif facial .
I8 du sexe masculin et I4 du sexe féminin .
Parmi ceux-ci , 2 enfants , un de chaque sexe .

(I) Signes révlateurs .

Ils sont assez variés, pouvant intéresser des disciplines variées (rhinologie, stomatologie, neurologie, ophtalmologie).
Ils ont peu de valeur localisatrice (P. André). Avec P. André on peut les schématiser ainsi:

_ signes rhinologiques :

. obstruction nasale progressive sans rémission.
. écoulement nasal séreux ou purulent, rebelle, évoquant une sinusite maxillaire suppurée.
. épistaxis, répétées, sans autre étiologie, unilatérales.

I4 de nos malades ont consulté pour ces symptomes.

_ signes bucco dentaires :

. douleurs dentaires ne cédant pas aux avulsions.
. douleurs à la mastication.
. modification du rebord alvéolaire supérieur, rendant impossible le port de l'appareil de prothèse dentaire .
. tuméfaction , bourgeonnement de la voûte palatine .

4 de nos malades ont eu un début stomatologique .

_ déformation faciale :

haute et interne , paranasale ; ou jugale ou jugomalaire .
7 de nos malades ont consulté pour une déformation manifeste des traits du visage .

_ douleurs :

à type de névralgies ou de sympathalgies faciales , céphalées , hémicrânies ; elles ont été retrouvées onze fois à l'interrogatoire , mais un seul malade est venu consulter pour ce symptome .

_ signes oculaires :

larmoiement , lagophtalmie , exophtalmie unilatérale , oedème palpébral inférieur , ont été observés 5 fois . Pour 2 malades l'exophtalmie a été le symptome alarmant .

Enfin 2 malades ont consulté pour des :

_ adénopathies cervicales , apparement primitives , la tumeur faciale n'ayant été décelée que 3 ou 6 mois après la première consultation .

(2) Examen clinique .

La rhinoscopie antérieure et postérieure peut montrer :
une fosse nasale normale
une polypose nasale banale
du pus au méat moyen
une tumeur rouge friable non volumineuse
des modifications architecturales non caractéristiques .

L'exploration de la face :
- peut révéler . un élargissement des os propres
. un soulèvement du sillon naso-génien et de la fosse canine
. une tuméfaction malaire .
- apprécie l'état de la peau , parfois normale , ailleurs rouge et amincie , parfois adhérente , proche de l'ulcération .

L'examen de la bouche peut montrer :
une intégrité bucco-vestibulo-palatine
un rebord alvéolaire épaissi
une voussure de la fosse canine
un bourgeonnement ou une ulcération - du rebord alvéolaire ou de
- la voûte palatine
au niveau de laquelle le stylet va parfois révéler une lyse osseuse , comme dans deux observations .

Les troubles de la sensibilité sont systématiquement recherchés au niveau de la face et des gencives .

L'exploration de la région orbitaire :
- apprécie la motilité oculaire
- recherche une exophtalmie , irréductible
- palpe le rebord orbitaire , la région unguéale et ethmoïdale antérieure .

Enfin la recherche des adènopathies est systématiques :
7 de nos malades sur 32 en présentaient lors du premier examen .
4 fois uni- et homolatérales , 3 fois bilatérales .
Le plus souvent jugulo-carotidiennes (5) , plus rarementsous-maxillaires ou spinales ; de taille modérée , moins de 4 centimètres , sauf un cas où un énorme placard ganglionnaire biltéral accompagnait notre unique cas d'atteinte bilatérale des maxillaires supérieurs .

(3) Etude radiologique .

Etape essentielle dans le diagnostic et le bilan de l'extension , elle comporte des graphies simples de Face (nez-front , nez-menton) , de profil , de base (HIRTZ) , et des tomographies frontales et sagittales . Les radiographies précisent :

- l'importance de la lyse osseuse
- le siège de la tumeur , sa densité , ses contours ,
- son extension (plancher orbitaire , paroi antérieure et plancher du sinus maxillaire , région inter-ptérygoïdienne , ethmoïde , paroi interne de l'orbite , cloison) .

Mais l'infection surajoutée rend cette étude difficile et la confrontation des examens radiologiques et de la clinique est nécessaire pour apprécier le role de l'infection qui semble majorer l'extension dans certains cas (Baclesse : dans 5 à I0 % des cas).

(4) Etude histologique.

Le prélèvement biopsique est indispensable,mais doit être suivi du traitement.
Il peut être effectué sur :

. un bourgeonnement de la fosse nasale (méat moyen)
. un bourgeonnement ou une ulcération endobuccale.

Mais un refoulement interne de la paroi externe de la fosse nasale, une polypose banale, une tumeur endosinusienne, obligent souvent à une trépanation de la fosse canine (2I de nos cas ont été diagnostiqués par cette méthode).

(5) Répartition histologique .

Histologie	Total	Avec adénopathies au Ier examen	Sans adénopathies au Ier examen
L.B.S.	I5	4	II
L.C.S.	0	0	0
R. S.	7	I	6
H.S.	7	I	6
LM.CAS.	3	I	2
Total	32	7	25

(6) Localisations .

- 5 cornets inférieurs et paroi externe de la fosse nasale .

Nos cinq malades avaient plus de 60 ans et étaient indemnes d'adénopathies au premier examen .

- 7 tumeurs de la cloison intersinusonasale avec développement tumoral dans la fosse nasale et le sinus maxillaire . Nos 7 malades avaient plus de 60 ans ; 3 seulement étaient indemnes d'adènopathies , au début .

- I4 tumeurs de la voûte palatine , dont II envahissaient le maxillaire supérieur en totalité . (et 2 l'ethmoïde postérieur et I les 2 maxillaires supérieurs) .

- 6 tumeurs de la suprastructure , dont trois envahissaient l'ethmoïde et I la totalité du maxillaire supérieur .

. VI . GENCIVE DE LA MANDIBULE

Développés aux dépens de la muqueuse du rebord alvéolaire inférieur, les L.S. et les R.S. de cette région se révèlent par des saignements gingivaux et sont habituellement adressés par le stomatologiste . 2 malades , sur les 4 traités à l'I.G.R. présentaient des adènopathies .Ils'agit de 2 malades du sexe masculin , dont un garçon de 4 ans , et de 2 du sexe féminin . Nous avons bien entendu éliminé les R.S. du type Ewing .

Histologie.

	Avec adènopathies au Ier examen	Sans adènopathies au Ier examen
L.B.S.	I	0
R.S.	0	2
H.S.	I	0

. VII . GLANDES SALIVAIRES

Nous n'avons observé qu'un cas d'atteinte parotidienne chez un garçon de 3 ans,révélée par une paralysie faciale compliquant une tumeur de la région parotidienne évoluant depuis 3 mois . A noter le chiffre de 335 tumeurs parotidiennes suivies à l'I.G.R. de I95I à I963 .Les sarcomes de la parotide sont rares : Redon (I959) sur 746 tumeurs de la parotide retrouve 6 " lymphomatoses " . Moyse (I955) sur 200 parotidectomies retrouve 3"sarcomes" . Dans notre cas , il s'agissait d'un H.S. avec présence d'adènopathies au premier examen .

. VIII . ATTEINTES SIMULTANEES

Nous avons observé 3 cas très étendus dès le premier bilan : I L.S. du cavum et des 2 amygdales palatines . I L.S. du cavum , des 2 amygdales palatines et de l'amygdale linguale gauche . I L.S. intéressant la totalité des 2 maxillaires supérieurs .
Enfin , nous avons observé I cas d'atteinte simultanée des 2 amygdales palatines .

PRESENCE D'ADENOPATHIES LORS DU PREMIER EXAMEN SUIVANT L'HISTOLOGIE

Les adénopathies sont un peu plus fréquentes au premier examen en cas de L.B.S. (53 %) , qu'en cas de R.S. et de H.S.(42%) .

LOCALISATION	L.B.S.		L.C.S.		R.S.		H.S.		L.M. SAS	
	avec	sans	avec	sans	avec	sans	avec	sans	avec	sans
Amygdale palatine	I7	5	0	I	8	2	I	I	3	0
Cavum	6	I	0	I	I	3	2	I	2	0
Amygdale linguale	2	I	0	0	0	0	I	0	0	0
Hypopharynx	0	0	I	0	0	0	0	2	0	0
Massif facial	4	II	0	0	I	6	I	6	I	2
Mandibule	I	0	0	0	0	2	I	0	0	0
Parotide	0	0	0	0	0	0	I	0	0	0
TOTAL	30	I8	I	2	I0	I3	7	I0	6	2

Elles sont au nombre de quatre : les radiations
la chimiothérapie
la corticothérapie
et la chirurgie .

(I) LES RADIATIONS

Pour tous les auteurs, elles constituent l'agent thérapeutique préférentiel en cas de localisation isolée, surtout depuis les progrès des appareils à haute énergie , tandis que les limites des diverses chimiothérapies sont maintenant mieux connues . (Laugier . 1964 .113) .Seule l'irradiation trans-cutanée peut être utilisée: la fonte rapide de la tumeur contre-indique l'emploi de la curithérapie interstielle (Ennuyer) .

a) On peut employer :

- La radiothérapie conventionnelle (Roentgenthérapie classique,rayons X,à 220 . 250. K.V.)
- La télécobalt-thérapie (photons Gamma de I,3 MeV . d'énergie),plus commode et plus maniable).
- L' accélérateur linéaire (4 à 6 MeV),utilisé principalement en Angleterre .
- Le bétatron (rayons X de 20 à 35 M.V.)

b) Plan du traitement :

Il est adopté en commun par le radiothérapeute,l'hématologiste,et l' O.R.L. .
Sont discutés :

- la dose totale à délivrer au volume-cible choisi,
- l'étalement dans le temps,
- le fractionnement des doses,
- le volume-cible (zone tumorale et enveloppe de sécurité)
- le point-tumeur de référence ou l'on calcule la dose absorbée,
- le problème de l'irradiation des aires ganglionaires .

c) Doses à délivrer

Elles sont entre 3.000 et 5.000 Rad (dose calculée à partir des caractéristiques du faisceau, de la dose d'exposition et effectivement délivrée à la peau).La durée du traitement varie de 3 à 6 semaines.Depuis plusieurs années,on tend à délivrer dans tous les cas au moins 3.500 Rad même pour les L.S. En cas d' adénopathies très volumineuses en début de traitement, il persiste en général des masses résiduelles en fin de traitement sur lesquelles on peut donner un complément d'irradiation .(1000 R par exemple).

La fonte tumorale est rapide,surtout en cas de L.S. :après 400 ou 600 Rad,l'aspect clinique peut être redevenu normal. La disparition complète de la tumeur

ou la disparition clinique des adénopathies en cours de traitement ne fera pas arrêter l'irradiation avant d' avoir atteint la dose prévue .

d) Volumes à irradier .

Tous les auteurs s'accordent pour irradier, non seulement la tumeur initiale et les adénopathies existant cliniquement au début, mais systématiquement les chaines ganglionnaires cervicales des deux côtés, de la mastoïde à la clavicule, en protégeant le larynx .

e) Irradiations prophylactiques .

Par analogie avec l' amélioration des résultats dans la maladie de HODGKIN (Kaplan I964 .III)par irradiation systématique des aires ganglionnaires voisines non envahies, on s'oriente actuellement vers une irradiation intéressant d' emblée l'aisselle homolatérale et le médiastin .Cette technique d'irradiation postule que l'on admet la théorie de Kaplan (I964.II3) qui pense à un début focal avec envahissement descendant par continuité, hypothèse niée par les hématologistes qui considèrent la maladie comme d'emblée plurifocale, s'appuyant notamment sur les lymphographies pathologiques .

Vera Peters (I963.I27) n'a actuellement pas trouvé d' amélioration des résultats avec cette technique d' irradiation en ce qui concerne les lymphomes malins non hodgkiniens .

Des protocoles d'irradiation systématique loco-régionale plus étendue sont actuellement à l'étude à l' Institut Gustave Roussy .

(2) LA CHIMIOTHERAPIE

Dans les sarcomes localisés, aucune chimiothérapie employée seule ne peut prétendre à une guérison, ni même à des rémissions aussi prolongées qu'on donne la radiothérapie .La chimiothérapie n'est donc actuellement employée qu'au stade III ;(Mathé . I964 .II7.II8.)

On peut employer : - les Alkoylants
- les dérivés de la pervenche, en particulier :
  . le Velbé pour les R.S.
  . la Vincristine pour les L.S.
- la Méthylhydrazine

Dans tous les cas, une surveillance hématologique étroite est nécessaire car ce sont les chimiothérapies qui risquent de provoquer les grands accidents aplasiques et non la radiothérapie, même renouvelée.

Actuellement la chimiothérapie n'est employée à titre de traitement d' entretien dans les stades I, à titre préventif . Il reste en effet à préciser sa place avant, pendant et après la radiothérapie .Ce dernier p int est actuellement à l' étude à l' I.G.R.

(3) LA CORTICOTHERAPIE

Son rôle anti-tumoral et son action favorisant l'involution lymphoïde sont connus depuis Dougghorty et White .Mais bien qu'ils rendent de très grands services les corticoïdes ne peuvent être employés seuls pour traiter les L.S. et R.S.(Mallarmé

Certes, ils permettent une diminution notable du volume tumoral en diminuant les réactions inflammatoires péritumorales, parfois de façon spectaculaire et rapide mais cet effet est toujours peu durable .

Ils sont surtout utiles pour lutter contre les signes généraux, fièvre, asthénie, amaigrissement et anorexie; ils s'opposent à un éventuel facteur hémolytique

L'effet des corticoïdes est net dans les sarcomes lymphoïdes localisés pouvant entrainer une régression complète, mais transitoire .Il est plus souvent modéré ou même nul dans le cas des sarcomes réticulaires .On peut employer la Prednisone à doses moyennes, 40 à 80 milligrammes ou les Dexaméthasones, à forte activité anti-inflammatoire, mais pouvant entrainer de rapides et graves amyotrophies

En conclusion, les corticoïdes ne sont actuellement employés dans les L.S. et R.S. au stade I que pour lutter contre des manifestations générales importantes . A l' I.G.R. , ils n'ont été prescrits que 6 fois sur I07

(4) LA CHIRURGIE

Elle peut s'adresser à la tumeur primitive , aux ganglions des chaines satellites aux localisations extra-cervico-faciales .

a/: La tumeur primitive

En général , la conception de la nature systémique des lymphomes (Desjardins , I923 .6) condamne par principe toute cure chirurgicale des lymphomes . (Krumbhar , I936) . Mais Jackson et Parker (I947 . I4) pensent que tout sarcome a un début focal , avec un stade ultérieur de dissémination . Ce début unicentrique avait également été envisagé par Gall et Mallory (I942 . 9) qui , d'après l'étude de I35 autopsies de lymphomes , affirmaient que I0 % auraient guéri chirurgicalement . Scott et Klopp (I96I . I24) étudiant 54 cas de Lymphomes localisés encourageant vivement à l'acte chirurgical , ainsi qu'en témoignent leurs résultats :

	opérés	opérés puis irradiés	irradiés
	I3	I8	23
Survies à 5 ans	3	7	2

Rosenberg et Diamond en revanche repoussent l'acte chirurgical en raison des mauvais résultats à 5 ans (28 % chez les opérés contre 52 % chez les irradiés) .
En conclusion , la chirurgie ne doit pas être employée seule mais sous couvert de radiothérapie , et seulement , comme nous le reverrons , dans des cas rares et bien particuliers et pour certaines localisations .

b/: Les adènopathies

Hormis les cas où l'exérèse ganglionnaire est décidée pour permettre le diagnostic et l'étude histo-pathologique , la radiothérapie est seule employée , et la cure chirurgicale des adènopathies est condamnée par tous .

TRAITEMENT MIS EN OEUVRE CHEZ LES 105 MALADES TRAITES A L'I.G.R.

Localisation	Chirurgie	Irradiation	Chimiothérapie	Corticothérapie
Amygdale palatine	4	37	5	4
Cavum	0	16	3	0
Amygdale linguale	I	4	I	0
Hypopharynx	0	3	0	I
Massif façial	5	31	6	I
Mandibule	I	4	2	0
Parotide	0	I	I	0
TOTAL	11	96	18	6

c/: Les déterminations extra-cervico-faciales

Elles sont parfois accessibles à la chirurgie , en particulier les localisations uniques au niveau du tube digestif , certains nodules sous-cutanés . Mais le plus souvent elles relèvent des agents physiques .

MODES D'IRRADIATION EMPLOYES POUR LE TRAITEMENT DE LA PREMIERE DETERMINATION CHEZ LES 105 MALADES TRAITES A L'I.G.R.

Localisation	220 K.V.	COBALT	BETATRON
Amygdale palatine	I6	I9	2
Cavum	7	7	2
Amygdale linguale	3	0	I
Hypopharynx	3	0	0
Massif façial	I5	I5	I
Mandibule	I	3	0
Parotide	I	0	0
TOTAL	46	44	6

RESULTATS DE L'IRRADIATION SUR TUMEUR ET GANGLIONS

Ils sont détaillés dans le tableau de la page suivante . La tumeur est sensible aux radiations et disparait complètement dans plus de 80% des cas , alors que les ganglions ne disparaissent que dans 60 % des cas . La tumeur semble particulièrement sensible au niveau de l'amygdale palatine et du massif façial (disparition dans 85 % des c as) ; plus résistante au niveau du cavum (disparition dans 65 % des cas seulement) .

Les ganglions disparaissent dans 60 % des cas : ils semblent plus résistants au niveau du cavum (disparition dans 50 % des cas) , qu'au niveau de l'amygdale (disparition dans 65 % des cas) . Quant aux adènopathies qui existaient dans 7 cas de massif façial , elles n'ont pas été influencées par les radiations .

Rosenberg et Diamond (I96I .I23) reprenant les I.269 L.S. et K.S. suivis au memorial Center de I.928 à I952 , et étudiant les résultats du traitement par agents physiques par périodes de 5 ans , ne notent pas d'amélioration des résultats avec les progrès des techniques d'irradiation . Le problème devra être reconsidéré lorsqu'un recul suffisant permettra d'analyser l'apport des irradiations à haute énergie .

RESULTATS DU TRAITEMENT DE LA PREMIERE DETERMINATION DE NOS I05 MALADES

LOCALISATION	Sur la tumeur			Sur les ganglions		
	Disparition	Régression	Nuls	Disparition	Régression	Nuls
Amygdale palat.	32	3	2	I9	4	5
Cavum	II	3	3	6	0	5
Amygd. linguale	4	0	0	3	0	0
Hypopharynx	3	0	0	I	0	0
Massif façial	26	2	4	0	0	7
mandibule	4	0	0	I	0	0
Parotide	I	0	0	I	0	0
TOTAL	8I	8	9	32	4	I7

INFLUENCE DE LA DOSE TUMORALE DELIVREE

Nous avons étidié l'influence de la dose tumorale délivrée , quelle que soit le mode d'irradiation utilisé . Nous avons groupé ces résultats en trois catégories :

- de 2.000 à 3.000 Rad.
- de 3.000 à 4.000 Rad.
- plus de 4.000 Rad.

Ces résultats sont consignés page suivante .

ETUDE DE L'INFLUENCE DE LA DOSE TUMORALE DELIVREE

(I) . Résultats sur la tumeur .

Dose délivrée	L.S.		R.S.	
	Disparition	Persistance	Disparition	Persistance
de 2. à 3.000 R.	6	4	5	3
de 3. à 4.000 R.	2I	3	I2	0
plus de 4.000 R.	20	2	I6	2

(2) . Résultats sur les adénopathies .

Dose délivrée	L.S.		R.S.	
	Disparition	Persistance	Disparition	Persistance
de 2. à 3.000 R.	I	3	3	2
de 3. à 4.000 R.	I3	3	4	I
plus de 4.000 R.	I2	4	8	0

(3) . Prophylaxie de la récidive loco-régionale .

Dose délivrée	L . S .		R . S .	
	OUI	NON	OUI	NON
de 2. à 3.000 R.	7	3	I	7
de 3. à 4.000 R.	9	I5	3	9
plus de 4.000 R.	6	I6	7	II

Ainsi , il apparait qu'une irradiation inférieure à 3.000 R. est très insuffisante en ce qui concerne les trois éléments , tumeur , adènopathies et récidive loco-régionale .

En ce qui concerne la tumeur , il ne semble pas y avoir d'augmentation du nombre de disparitions de la tumeur au dessus de 3.000 R.

En ce qui concerne les adènopathies , l'augmentation des doses d'irradiation augmente le pourcentage de disparition des adènopathies , surtout dans les cas de R.S.

En ce qui concerne la survenue de la récidive loco-régionale , l'augmentation des doses d'irradiation semble en diminuer la fréquence dans les cas de L.S. , mais non dans les cas de R.S.

TRAITEMENT DES LOCALISATIONS EXTRA-CERVICO-FACIALES

(I) Il consiste en général en une irradiation à des doses variant de 2.000 à 3.000 Rad selon la tolérance du malade, l'importance de la tumeur et le résultat obtenu .L'irradiation peut être remplacée,associée ou relayée par la chimiothérapie en cas d'atteinte plurifocale .

(2) La chirurgie n'a été employée que deux fois dans les 2 cas suivants :

- Dossier I.G.R. OI.60.3I50.

L.B.S. de l'amygdale palatine chez un homme de 66 ans .Après I3 mois de guérison apparente, un affaiblissement de l'état général et une anémie surviennent . Après 7 semaines de traitement par 30 milligrammes de D-Cortisone,des hématémèses répétées font pratiquer des radiographies gastriques, qui révèlent un ulcère de type "niche de Haudeck".Une gastrectomie du type Polya permet une survie de 8 mois .L'histologie retrouve une perforation de l'estomac , de type ulcéreux banal ; avec une couronne lymphoblastique et des coulées lymphoblastiques dans la sous-muqueuse .

- Dossier I.G.R.OI. 60.3545 .

R.S. de l'amygdale palatine chez une femme de 68 ans . 25 mois après la guérison apparente , un syndrome abdominal aigu de type péritonitique entraine une laparotomie qui révèle une perforation du grêle près de l'angle duodéno-jéjunal (sans traitement corticoïde) . Après résection de 60 centimètres de grêle , la malade survit avec un recul de 3 ans . L'histologie a retrouvé un R.S. typique sur les bords de la perforation .

E V O L U T I O N C H E Z L E M A L A D E T R A I T E

Elle peut être émaillée :

- d'incidents ou d' accidents graves liés à la thérapeutique
- de récidive locale ou locorégionale avec ou sans atteinte ganglionnaire .
- de récidive ganglionnaire satellite sans reprise tumorale ou d'apparition d'adénopathies dans le territoire proximal alors qu'il n'en existait pas au début.
- de déterminations sarcomateuses ganglionnaires ou viscérales extracervico-faciales, pouvant s'associer et réalisant alors une leucosarcomatose type Kundrat .
- d'une évolution leucémique .

ACCIDENTS DUS A LA THERAPEUTIQUE .

Nous n'avons observé aucun accident aplasique ni aucune ostéo-radionécrose . Mais il faut signaler un accident particulier observé dans 2 cas : la nécrose rapide d'une volumineuse tumeur amygdalienne, survenant après I.000 à I.200 r et responsable du decès dans un tableau d'hépato-néphrite avec hyperazotémie, effondrement du cholestérol et des protides totaux et hyperbilirubinémie .Cet accident avait déja été signalé par Véraguth (I963.I26) qui recommande en cas de tumeur volumineuse chez les sujets âgés, l'emploi de petites doses répétées et espacées .

RECIDIVES LOCO-REGIONALES

32 malades sur 99 ont présenté une récidive loco-régionale .Nous avons exclu de cette étude les 8 malades présentant des adénopathies cervicales isolées . Cette récidive peut être (cf. tableau

-tumorale sans adénopathie I5

-tumorale avec adénopathies 9

-ou seulement adénopathique 8

Cette récidive survient dans 3/4 des cas dans un délai de 6 à IO mois après la guérison apparente de la première poussée .

IL faut noter que les 8 cas de récidives adénopathiques isolées intérssaient des L.S. et des R.S. de l'amygdale et du cavum .

La récidive loco-régionale sera contrôlée par une seconde irradiation dans un cas sur trois seulement .Cette récidive est plus sensible au traitement au niveau du massif facial qu' au niveau de l'anneau de Waldeyer .En effet, les signes de la première récidive loco-régionale ont persisté malgré le traitement :

-IO fois sur I3 pour l'amygdale palatine,

-6 fois sur 6 pour le cavum,

-3 fois sur 9 pour le massif facial .

RECIDIVES LOCALES LOCOREGIONALES ET GANGLIONNAIRES

Localisation	Nombre de cas.	Récidive locale sans adénopathie.	Récidive locale avec adénopathies proximales	Récidive gangl. Sans récidive tumorale
Massif facial	32	4	5	0
Amygdale palatine.	38	6	3	4
Cavum	I7	2	0	4
Amygdales Linguales	4	0	I	0
Hypopharynx	3	I	0	0
Mandibule	4	2	0	0
Parotide	I	0	0	0
Total	99	I5	9	8

(N.B. Nous avons exclu ici les 8 cas d'adénopathies cervicales isolées) .

TRAITEMENT DE LA PREMIERE RECIDIVE LOCOREGIONALE .

Localisation	Nombre	Disparition des signes	Persistance des signes
Massif façial	9	6	3
Amygd. palat.	I3	3	I0
Cavum	6	0	6
Amygd. ling.	I	0	I
Hypopharynx	I	I	0
Mandibule	2	0	2
TOTAL	32	I0	22

LA PREMIERE RECIDIVE .

Chez les malades ayant eu une guérison clinique apparemment complète d'au moins un mois , la première récidive intéresse 4 fois sur I0 le siège de la tumeur initiale ou les chaînes ganglionnaires proximales ; 6 fois sur I0 , la première récidive est une détermination extra-cervico-faciale .

RECIDIVES ULTERIEURES .

Elles consistent en général , en des localisations extra-cervico-faciales , en raison de la gravité pronostique des récidives loco-régionales . Ce n'est qu'au niveau du maxillaire supérieur qu'on peut voir se succéder plusieurs récidives tumorales sensibles à des traitements itératifs .

NATURE DE LA PREMIERE RECIDIVE CHEZ LES MALADES APPAREMMENT GUERIS

LOCALISATION	NOMBRE	RECIDIVE LOCO-REGIONALE	LOCALISATION EXTRA-CERVICO-F.
Massif façial	32	9	3
Amygdale palatine	38	5	I6
Cavum	I7	2	4
Amygd. linguale	4	I	2
Hypopharynx	3	I	I
Mandibule	4	2	I
Parotide	I	0	I
TOTAL	99	20	28

REPARTITION DES DETERMINATIONS EXTRA-CERVICO-FACIALES APPARUES SECONDAIREMENT

LOCALISATION	NOMBRE	NOMBRE DE CAS ayant présenté des déterminations extra-C.F.
Amygdale palatine	38	2I
Cavum	I7	4
Amygdale ling.	4	2
Hypopharynx	3	I
Mandibule	4	2
Parotide	I	I
Massif façial	32	I2
TOTAL	99	43

C'est au niveau de l'amygdale palatine que les déterminations extra-cervico-faciales sont les plus fréquentes (55 %) , et au niveau du massif façial (22 %) et du cavum (23 %) qu'elles sont le moins fréquentes .

A M Y G D A L E P A L A T I N E .

Déterminatios extra-cervico-faciales apparues secondairement.

2I malades sur les 38 L.S. et R.S. de l'amygdale palatine ont présenté des localisations sarcomateuses secondaires . Sur ce groupe , 22 malades sont actuellement décédés , et I7 d'entre eux ont décédé de celles-ci : ces localisations sont donc une hypothèque prostique majeure , surtout dans cette localisation . Sur ces 2I malades nous trouvons I3 hommes et 8 femmes .

Répartition topographique.

CAS	Délai(I)	L O C A L I S A T I O N S secondaires	Délai(2)	
I	2	adénopathies superficielles . fosse lombaire .	2	
2	3	adénopathies superficielles .	I0	
3	6	ascite . pleurésie .	2	
4	7	adénopathies superficielles et profondes .estomac.poumons.rate	II	
5	27	adèn. superficielles et profondes .rectum.vertèbres.fosse lomb.	I2	
6	3	adènopathies profondes . estomac .	I0	, vivant
7	2	nodules sous-cutanés .	I	
8	2	adènopathies inguinales .	2	
9	24	pleurésie . estomac . colon .	I5	, vivant
I0	6	adènopathies superficielles et profondes .pleurésie .	2	
II	I	adènopathies superficielles et profondes .	4	
I2	9	adènopathies superficielles . rate .	I5	
I3	I	adènopathies superficielles et profondes .	I2	
I4	2	nodules sous-cutanés . sein .	I	
I5	2	adènopathies axillaires .	5	
I6	2I	adènopathies axillaires .	7	, vivant
I7	I	adènopathies axillaires . intestin grèle .	I	
I8	I	adènopathies axillaires .	I	
I9	I7	intestin grèle . (malade opéré) .	40	, vivant
20	6	estomac . foie . péritoine . intestin grèle .	3	
2I	7	adènopathies superficielles et prfondes . estomac . nod;ss.cut.	2	

- Le délai N° (I) , exprimé en mois , mesure l'intervalle entre le premier examen et l'apparition de la première détermination extra-cervico-faciale .

- Le délai N° (2) , exprimé en mois , mesure le délai de survie après l'apparition de la première localisation extra-cervico-faciale .

C A V U M

Sur I7 cas , I0 malades sur I7 sont actuellement décédés : nous trouvons 4 déterminations extra-cervico-faciales . Les 6 autres sont morts d'envahissement tumoral avec extension à la base du crâne et récidive loco-régionale .

CAS	Délai(I)	LOCALISATIONS secondaires	Délai (2)
I	4	Squelette	2
2	6	Adènopathies superficielles et profondes . Tube digestif.	I
3	3	Estomac . grêle. poumons. adénopathies profondes .	I
4	3	Squelette . poumons .	4

A M Y G D A L E S L I N G U A L E S

Deux malades sur 4 ont présenté des localisations secondaires .

CAS	Délai(2)	LOCALISATIONS secondaires	Délai (2)
I	24	Oésophage . estomac .	6
2	5	Squelette .	6 , vivante

H Y P O P H A R Y N X

Un malade sur trois ont présenté des localisations secondaires .

Cas	Délai (I)	Localisations secondaires	Délai (2)
I	5	Adèn. superficielles.rate.estomac.utérus.ovaires;	2

M A N D I B U L E

Deux malades sur quatre ont présenté des localisations secondaires .

Cas	Délai (I)	Localisations secondaires	Délai(2)
I	6	Vertèbres .adènopathies profondes .	2
2	I3	Vertèbres .adènopathies inguinales .	9

P A R O T I D E

(un malade)

Délai (I)	Localisations secondaires	Délai(2)
6	Adènopathies profondes . intestin grèle .	6

M A S S I F F A C I A L

I2 malades sur 32 ont présenté des déterminations extra-cervico-faciales . Neuf d'entre eux ont décédé de celles-ci , alors que I5 sur 32 sont actuellement décédés . A noter que 5 malades sont morts de maladie vasculaire , sans signes de récidive .

CAS	Délai(I)	LOCALISATIONS secondaires	Délai(2)
I	I	Adènopathies sous-diaphragmatiques . testicule .	5
2	20	Oesophage . colon . jejunum .	7
3	3	Adènopathies médiastinales . plèvre . poumon .	I
4	48	Adènopathies inguinales . squelette .	68 , vivante
5	4	Adènopathies inguinales . squelette . rate .	6
6	I9	Plèvre . poumons .	I
7	6	Adèn. superficielles et profondes . estomac . grèle .	2
8	4	Adèn. superficielles et profondes . estomac . grèle .	I
9	I8	Vertèbres .	6, vivant
I0	8	Nodules sous-cutanés .	40 , vivante
II	I	Adènopathies médiastinales . fosse lombaire.	3
I2	24	Adènopathies superficielles et profondes . rate .	I6

La distribution de ces déterminations sarcomateuses secondaires extra-cervico-faciales en fonction de l'histologie et de la localisation initiale , est analysée dans les deux tableaux suivants .

DISTRIBUTION des DETERMINATIONS EXTRA-CERVICO-FACIALES (43 malades)

selon la localisation initiale

	Amygdale palatine	Cavum	Amygdale Linguale	Hypopharynx	Massif Façial	Parotide	Mandibule	Total
GANGLIONS -Axillaires	I2	I	0	I	3	0	0	I7
-Inguinaux	8	I	0	I	5	0	I	I6
-Médiastinx	5	2	0	0	5	I	I	I4
-Sous-Diaphragmat.	8	I	0	0	5	I	I	I6
Oesophage Estomac	5	3	I	I	3	0	0	I3
Intestin Grèle	4	2	0	0	4	I	0	II
Colon Rectum	2	2	0	0	3	0	0	7
Poumons Plèvre	4	2	0	0	4	0	0	I0
Squelette	I	2	I	0	3	0	2	9
Rate	2	0	0	I	I	0	0	4
Nodules sous-cutanés	3	0	0	0	I	0	0	4
Fosse Lombaire	2	0	0	0	I	0	0	3
Gonades	0	0	0	I	I	0	0	2

DISTRIBUTION DES DETERMINATIONS EXTRA-CERVICO-FACIALES (43 malades)

selon l' histologie

	26 LBS	2 LCS	IO RS	4 HS	I LM	Total
Ganglion - Axillaires	IO	I	3	2	I	I7
Ganglion - Inguinaux	I2	I	2	I	0	I6
Ganglion - Médiastinaux	IO	0	I	3	0	I4
Ganglion - Sous-Diaphragmatiques	IO	I	2	3	0	I6
Oesophage Estomac	IO	2	0	I	0	I3
Intestin Grêle	8	0	2	I	0	I3
Colon Rectum	6	0	0	I	0	7
Poumons Plèvre	5	0	4	I	0	IO
Squelette	5	0	4	0	0	9
Rate	I	I	I	I	0	4
Nodules sous-cutanés	I	I	0	I	I	4
Fosse Lombaire	3	0	0	0	0	3
Gonades	I	I	0	0	0	2

CHRONOLOGIE DE L'APPARITION DE LA PREMIERE DETERMINATION EXTRA-CERVICO-FACIALE

29 malades sur 43 ont présenté des signes de diffusion sarcomateuse apparus dans les six mois qui ont suivi la date du diagnostic de l'affection .

Délai (I) entre le premier examen et l' apparition de la première localisation extra-cervico-faciale :

De 1 à 3 mois.	De 4 à 6 mois.	De 7 à I2 mois.	De I3 à I8 mois;	Plus de I8 mois.
I6	I3	3	3	8

Parmi les 7 malades actuellement vivants sur 43 , 5 ont eu un délai (I) supérieur à I8 mois , et , pour trois d'entre eux , bénéficient d'une survie de 3 à 6 ans .

Bervens , cité par Sorin (I948 . 44) , avait signalé que la précocité d'apparition de la métastase impliquait une survie réduite . Certaines localisations sarcomateuses sont particulièrement péjoratives (adènopathies médiastinales) . Parmi les 36 malades décédés , aucun n'a survécu plus de I8 mois . 28 malades sur 36 ont décédé dans les six mois suivant l'apparition de la localisation secondaire .

Délai (2) entre l'apparition de la détermination extra-cervico-faciale et le décès :

De I à 3 mois.	De 4 à 6 mois.	De 7 à I2 mois.	De I3 à I8 mois.	Plus de I8 mois .
2I	7	6	2	0

ETUDE DE LA TRANSFORMATION LEUCEMIQUE à L ' I . G . R .

Quatre malades adultes sur 57 décédés sont morts de Leucémie .

Le délai (I) exprime en mois la durée entre la découverte de la maladie et celle de la leucémie .

Le délai (2) exprime en mois la survie entre la découverte de la leucémie et la mort .

Localisation initiale	Histologie	Délai (I)	Type de Leucémie	Délai (2)
Amygdale palatine	L.B.S.	2	aigüe Lymphoblastique	I
Amygdale palatine	L.B.S.	3	aigüe Lymphoblastique	I,5
Amygdale palatine	L.B.S.	I	Lymphoïde chronique	I5
Sinus maxillaire	L.B.S.	2	aigüe Lymphoblastique	I,5

Le chiffre de 4 transformations leucémiques sur I07 est comparable à celui de Rosenberg et Diamond qui retrouvent (I.96I . I23) :

- 5 Leucémies aigües et
- 34 Leucémies lymphoïdes chroniques , pour I.200 L.S. et R.S.

La résistance à la thérapeutique de ces leucémies est soulignée par de nombreux auteurs : la rémission survient exceptionnellement .

CAUSES DE LA MORT DES MALADES SUIVIS A L ' I.G.R.

Les déterminations sarcomateuses extra-cervico-faciales constituent la cause de décès la plus importantes puisque nous retrouvons ces localisations secondaires directement seules en cause dans 35 cas sur 54 malades décédés (sur un groupe de 99 malades , les 8 malades atteints de L.S. ganglionnaires étant exclus) . C'est surtout au niveau de l'amygdale palatine que leur rôle apparaît essentiel. En revanche, au niveau du cavum , l'envahissement loco-régional avec atteinte des structures de la base du crâne , est plus souvent responsable de la mort que les localisations secondaires .

Localisation initiale	Nombre de cas	Nombre de Récidive loco-Régio.	Nombre de Loc. extra-C.F.	Décédés	CAUSES DE LA MORT de nos 54 malades		
					Envahissement loco-régional	Localisation sarcomat. extra-C.F. & Leucémie	Cause non liée à la maladie
Aygdale pal.	38	I3	2I	22	3	I7	2
Cavum	I7	6	4	I0	6	4	0
Amygd. ling.	4	I	2	2	0	I	I
Hypopharynx	3	I	I	2	0	I	I
Massif facial	32	9	I2	I5	I	9	5
Mandibule	4	2	2	2	0	2	0
Parotide	I	0	I	I	0	I	0
TOTAL	99	32	43	54	I0	35	9

DUREE MOYENNE DE SURVIE DES MALADES DECEDES

La durée moyenne de survie après l'admission pour les 57 malades décédés est , à l'I.G.R. , de I2 mois .

Sugarbaker dans une étude portant sur I96 cas (I940 . 24) , trouve une durée moyenne de 8,7 mois (cas de toutes localisations) .

En fonction de l'histologie , nous retrouvons les chiffres suivants :

AUTEURS	ANNEE	R.S.	L.S.
Veraguth	I963	3	-
Vera Peters	I963	8	II
I.G.R.	I965	9	I3

A l'IGR

Histologie	Survies en mois	
	après le début clinique	après le Ier examen
L.B.S.	2I	I3
L.C.S.	9	6
R.S.	I0	9
H.S.	2I	8
[illegible] SAS	29	2I
BRILL SYMMERS	53	38

E T U D E S N E C R O P S I Q U E S

Huit autopsies ont pu être pratiquées . Leas résultats en sont résumés dans le tableau suivant :

sexe	âge	localisation	histologie	Organes touchés par le processus sarcomateux
M.	3	Massif façial	L.B.S.	Ganglions superficiels et profonds.Foie. Péritoine.Reins.Surrénales.Thyroïde.
F.	50	Cavum	R.S.	Rhinopharynx et oropharynx.Thyroïde.
F.	69	Cavum	L.B.S.	Langue.Ganglions superficiels et profonds . Foie . Rate .
M.	66	Amygd. pal.	L.B.S.	Ganglions superficiels et profonds.Poumons. Plèvre.Diaphragme.Estomac.Colon.Foie.Reins. Rate.Pancréas.Sternum.Vertèbres.Moelle.
M.	63	Amygd. pal.	L.B.S.	Ganglions superficiels et profonds.Poumons. Foie.Rate.Estomac.Duodénum.Rectum.Vessie. Moelle cervicale.
F.	62	Amygd. pal.	H.S.	Ganglions superficiels et profonds . Vertèbres cervicales .
F.	63	Hypopharynx	L.C.S.	Ganglions superficiels et profonds . Rate . Estomac . Utérus . Ovaires .
M.	64	Ganglion sus-clav.	L.B.S.	Ganglions superficiels et profonds . Hépato-néphrite .

L.S. et R.S. O.R.L. chez L' ENFANT

Place des L.S. et des R.S. parmi les tumeurs malignes de l'enfant .

Sur une série de 778 tumeurs malignes observées avant I4 ans , Sutow (I964 . I02) retrouve 2I0tumeurs cervico-faciales , dont 22 " L.R.S. " .
Dargeon rapporte 583 tumeurs malignes dont 43 cas de lymphosarcomes . (I96I . 9I) .
Charache retrouve un pourcentage de 6,3 % sur une série de I.800 tumeurs .(I956 . 88) .

L'évolution est considérée comme très rapide par tous les auteurs .
Rosenberg (I960 .2I) note que 50 % des enfants sont morts après 7 mois , alors que le délai moyen est de 27 mois chez l'adulte .
Borella (I964 . 83) , étudiant une série de 45 R.S. chez l'enfant , ne retrouve que neuf survivants après un an .

A l'I.G.R. nous avons étudié 9 enfants atteints de L.S. et de R.S. cliniquement isolés de la région cervico-faciale . Ce chiffre est très inférieur aux études antérieurement publiées à partir des dossiers des services d'O.R.L. et de pédiatrie de l'I.G.R. ; ceci s'explique par la fréquence des dissémination sarcomateuses constatées dès le premier bilan : il est très rare d'observer chez l'enfant un L.S. ou un R.S. cervicofacial isolé.

Sexe : 7 du sexe masculin , 2 du sexe féminin . La prédominance masculine est retrouvée de même par tous les auteurs .

Localisations :

- 5 au niveau de l'anneau de Waldeyer : I amygdale palatine
  4 cavum .

  La rareté de la localisation amygdalienne et la fréquence de l'atteinte du cavum avait déja été notée par Metson (I954 . 40) .
- 2 au niveau du massif facial
- I de la mandibule
- I de la parotide .

Histologie.

. 4 L.B.S.
. 4 R.S.
. I H.S.

Age au début clinique.	Sexe Masculin .	Sexe Féminin .
. moins de I an		
. I à 2 ans		
. 2 à 3 ans.	2	
. 3 à 4 ans		
. 4 à 5 ans.	I	
. 5 à 6 ans.	2	
. 6 à 7 ans		
? 7 à 8 ans		
. 8 à 9 ans		
. 9 à I0 ans.	I	
. I0 à II ans	2	
. II à I2 ans	I	

Même sur cette petite série , nous retrouvons les deux pics de fréquence , entre 2 et 6 ans , et entre 9 et I2 ans , signalés par tous les auteurs .

Evolution .

- 3 enfants ont eu une évolution foudroyante , d'un seul tenant , sans rémission , pratiquement sans influence de la thérapeutique, le décès survenant dans un délai de 4 à I2 semaines après l'admission .
- les 6 autres ont eu une rémission, mais la 2ième poussée a été inaccessible au traitement, et : - 4 d'entre eux sont morts dans l'année ,
  - 2 dans les I5 mois .

3 sont morts d'envahissement loco-régional

6 ,de déterminations sarcomateuses extracervicofaciales .

Le délai moyen de survie a été de 6,5 mois après l'admission, de 9,3 mois après le début clinique .

Evolution leucémique

Nous n'avons observé aucun cas de transformation, alors que divers auteurs en soulignent la fréquence :

- Dargeon I6 leucémies aigues sur 43 L.S.
- Rosenberg (I96I.I23) 5 leucémies sur 69 .
- Barbara Jones (I963.92) 9 leucémies sur 35 .
- Borella I4 sur 45 R.S.
- Sutow II sur 22 R.S.

Ces différents éléments évolutifs sont résumés dans les tableaux suivants

TRAITEMENT DES 9 CAS CHEZ L'ENFANT SIUVIS A L'I.G.R.

Localisation	Histo	Traitement			Résultat du Ier traitement sur	
		220 K.V.	Cobalt.	Chirurgie.	la tumeur	les ganglions
Amygdale pal.	L.B.S.	+	0	+	Disparition	Nuls
Cavum	L.B.S.	0	+	0	Disparition	Disparition
Cavum	L.B.S.	0	+	0	Régression	Nuls
Cavum	R.S.	0	+	0	Disparition	Nuls
Cavum	R.S.	+	0	+	Disparition	Régression
Massif facial	L.B.S.	+	0	0	Régression	Régression
Massif facial	R.S.	+	0	+	Régression	Régression
Parotide	H.S.	+	0	0	Disparition	Disparition
Mandibule	R.S.	0	+	0	Disparition	Disparition
Total		5	4	3		

EVOLUTION

Localisation	Histo	Adénop; au Ier examen	Récidive loco régionale.	Déterminations extracervico-faciales	Durée Ière rémission.	Durée survie après récidive.	Durée totale de l'evolution
Amygdale pal.	L.B.S.	+	+	0	0	-	I,5
Cavum	L.B.S.	+	0	Ganglions sous-diaphrag... squelette	3	I	7
Cavum	L.B.S.	+	+	0	0	-	3
Cavum	R.S.	-	+	?	2	3	8
Cavum	R.S.	+	+	Ganglions médiastinaux	2	6	9
Massif façial	L.B.S.	-	0	Ganglions sup. et profonds Foie.F.Lombaire	0	-	3
Massif façial	R.S.	-	+	Ganglions sup. et profonds Grèle	I	I0	I2
Parotide	H.S.	+	0	Ganglions prof. Foie.Grèle	4	6	I4
Mandibule	R.S.	-	+	Vertèbres.Foie.	3	6	9

SURVIE A 5 ANS APRES LE DEBUT DU TRAITEMENT

Colligeant onze statistiques de la littérature étudiant des L.S. et des R.S. de toutes localisations , nous trouvons , sur un chiffre de 3.44I cas , un pourcentage de 23 % de survie à 5 ans , après le début du traitement .

Ce pourcentage est très inférieur au chiffre retrouvé pour notre série de malades suivis à l'I.G.R. , puisque nous comptons , pour les 47 malades observés au moins pendant 5 ans , un chiffre de 34 % de survivants à 5 ans après le début du traitement .

Survie à 5 ans de L.S. et R.S. de toutes localisations

AUTEURS	ANNEE	Nombre de cas étudiés	Nombre de survivants	SURVIES %
Stout	I947	II9	28	23
Craver	I947	308	8I	26
Harê	I948	I8I	52	29
Lenz	I950	242	65	27
Nice	I95I	I32	25	I9
Nichols	I957	7I	I8	25
Dancot	I960	I29	33	25
Cook,Krabbenhoft,Leucutia	I960	402	I07	26
Rosenberg,Diamond,Craver	I96I	I.269	234	I8
Hilton , Sutton	I962	I74	43	24
VeraPeters	I963	4I4	99	24
TOTAL		3.44I	785	23

Nous rapportons dans les deux tableaux suivants les pourcentages de survie de nos malades :

(I) - après le début du traitement .

(2) - après le début clinique ; la notion de début clinique est forcément imprécise : nous avons choisi la date d'apparition du premier signe fonctionnel ayant duré au moins un mois .

SURVIE DES L.S. et R.S. SUIVIS A L'I.G.R. (SURVIE APRES LE DEBUT DU TRAITEMENT)

RECUL	NOMBRE DE CAS	NOMBRE DE SURVIVANTS	SURVIE en %	RECUL
3 mois	I07	92	86	3 MOIS
6 mois	I05	77	73	6 mois
I an	I05	62	59	I an
I8 MOIS	89	48	54	I8 mois
2 ans	89	4I	46	2 ans
3 ans	79	33	42	3 ans
4 ans	67	26	39	4 ans
5 ans	47	I6	34	5 ans
6 ans	39	I3	33	6 ans
7 ans	3I	9	29	7 ans
8 ans	27	8	29	8 ans
9 ans	I8	5	27	9 ans
I0 ans	I0	2	20	I0 ans

SURVIE DES L.S. et R.S. SUIVIS A L'I.G.R. (SURVIE APRES DEBUT CLINIQUE)

RECUL	NOMBRE DE CAS	NOMBRE DE SURVIVANTS	SURVIE en %	RECUL
3 mois	I07	I04	97	3mois
6 mois	I05	93	88	6 mois
I an	I05	77	73	I an
I8 mois	94	55	59	I8 mois
2 ans	94	47	50	2 ans
3 ans	82	40	49	3 ans
4 ans	67	32	48	4 ans
5 ans	50	20	40	5 ans
6 ans	4I	I7	40	6 ans
7 ans	34	I3	38	7 ans
8 ans	3I	I2	38	8 ans
9 ans	24	9	38	9 ans
I0 ans	I6	6	38	I0 ans

ETUDE PRONOSTIQUE EN FONCTION DE LA LOCALISATION SANS TENIR COMPTE DE L' HISTOLOGIE

(I) Amygdale palatine .

Nous avons retrouvé 6 publications étudiant la survie à 5 ans des L.S. et R.S. de l'amygdale palatine , sans tenir compte des différences d'histologie .

Auteurs	Année	Nombre de cas	Nombre de survivants	Survies en %
Ackermann , Del Regato	I947	37	I5	40
Sorin	I948	I04	34	32
Telsh	I952	-	-	22
Parshall, Stenstrom	I953	I0	3	30
RadiumHemmet de Stockholm	I953	I02	36	35
Ennuyer , Bataïni	I959	I50	52	34
I.G.R.	I965	I7	4	23

Les résultats moyens de ces diverses séries donnent un chiffre de 34 % , alors que pour les I7 malades suivis à l'I.G.R. plus de 5 ans , nous ne retrouvons que 4 survivants , soit un pourcentage de 23 % .

Survies des L.S. et R.S. de l'amygdale palatine suivis à l'I.G.R.(Taux en % corrigés) .

Recul	Nombre de cas suivis	Après début clinique	Après début du traitement
.3 mois	38	97	76
.6 mois	38	89	65
.I an	38	73	60
.I8 mois	36	62	42
.2 ans	32	60	39
.3 ans	29	57	34
.4 ans	23	52	30
.5 ans	I7	39	23

(2) Cavum .

Nous avons retrouvé deux publications étudiant la survie dans cette localisation . Baclesse et Dulac (I943 . 49) trouvent à 4 ans 8 survivants sur 36 cas , soit 22 % . La statistique du RadiumHemmet de Stockholm rapporte un chiffre de 40 % à 5 ans , 46 survivants sur un groupe de II4 maladesb.
Bouche (I956 . 5I) rapporte également desstaux de survies à 5 ans autour de 25 % : 27 % pour NEW , 25 % pour Gottfredsen .

A l'I.G.R. , nous retrouvons 3 malades sur les 9 suivis plus de 4 ans . Et à 5 ans , un seul sur les 7 suivis plus de 5 ans . Aucun survivant chez les 5 malades suivis plus de 6 ans .

SURVIE DES L.S. ET R.S. DU CAVUM à l'I.G.R. APRES LE DEBUT DU TRAITEMENT

Recul	Nombre de malades suivis	Nombre de survivants	%
3 mois	I7	I4	82
6 mois	I7	I0	59
I an	I7	7	4I
I8 mois	I3	5	39
2 ans	I2	5	4I
3ans	II	5	45
4 ans	9	3	33
5 ans	7	I	I4
6 ans	5	0	0

(3) Massif façial .

Nous n'avons retrouvé dans la littérature aucune étude statistique concernant les L.S. et les R.S. de cette localisation . Les L.S. et les R.S. du massif façial nous apparaissent comme les plus favorables : 72 % des malades survivent I8 mois après le début du traitement . La moitié des malades de ce groupe sont encore en vie après 6 ans .

Ces résultats semblent être dûs à divers facteurs :

- l'atteinte d'une structure osseuse , la tumeur apparaissant mieux limitée que dans les localisations amygdaliennes ou cavaires .
- la plus grande rareté des adénopathies .
- la sensibilité habituelle aux radiations des récidives loco-régionales .
- la possibilité d'exérèse chirurgicale de certaines tumeurs de petit volume - cornet inférieur , en particulier - ou de certaines récidives localisées , notamment au niveau de la paroi externe de la fosse nasale .
- la rareté des localisations extra-cervico-façiales .

Deux observations démontrent l'importance de tous ces éléments :

I. Dossier I.G.R. OI . 60 . 28II . Femme née en I898 .

. Février I956. volumineuse tumeur de la voûte palatine extériorisée dans la fosse nasale et le cavum . Pas d'adènopathies . I.500 R. préopératoires . Exérèse chirurgicale. Histologie : L.B.S. Radiothérapie postopératoire (3.500) .

. Février I960. récidive au niveau des 2 fosses nasales : exérèse par électro-chirurgie, (histo : LBS) , radiothérapie post. (I800 R.)

. Mars I963 . récidive de la paroi externe de la fosse nasale droite et atteinte de la partie antérieure du massif incisif . Résection élargie du massif incisif . Irradiation post. (3.000 R.).

. Actuellement , excellent état .

II. Dossier I.G.R. OI . 6I . 4728 . Homme né en I884 .

. Mars I944 . volumineuse tumeur du maxillaire supérieur avec atteinte de la région malaire et extériorisation palatine . Exérèse chirurgicale . Radiothérapie postopératoire (3.000 R.).Histo. : R.S.

. Sept. I96I . récidive de la voûte palatine et de la paroi externe de la fosse nasale homolatérale. Irradiation par télécobalt(3.500 R.) Disparition complète clinique et radiologique .

. Mars I964 . récidive au niveau de la paroi externe de la fosse nasale . Irradiation (Cobalt) (3.000 R.) . Disparition complète .

. Décembre64. Récidive malaire . Refuse tout traitement .

SURVIE DES L.S. ET R.S. DU MASSIF FACIAL SUIVIS A L'I.G.R.

(I) Survie après le début du traitement .

RECUL	NOMBRE DE CAS suivis	NOMBRE DE SURVIVANTS	SURVIES EN %	RECUL
3 mois	32	29	9I	3 mois
6 mois	32	26	8I	6 mois
I an	32	23	72	I an
I8 mois	27	20	77	I8 mois
2 ans	27	I6	59	2 ans
3 ans	23	I3	56	3 ans
4 ans	22	I2	54	4 ans
5 ans	I5	8	53	5 ans
6 ans	I2	6	50	6 ans
7 ans	I0	4	40	7 ans
8 ans	I0	4	40	8 ans
9 ans	8	2	25	9 ans

(2) Survie après le début clinique .

RECUL	NOMBRE DE CAS suivis	NOMBRE DE SURVIVANTS	SURVIES EN %	RECUL
3 mois	32	3I	97	3 mois
6 mois	32	29	9I	6 mois
I an	32	24	75	I an
I8 mois	30	22	73	I8 mois
2 ans	30	I7	57	2 ans
3 ans	24	I4	58	3 ans
4 ans	22	I2	54	4 ans
5 ans	I7	9	53	5 ans
6 ans	I4	8	57	6 ans
7 ans	I2	7	58	7 ans
8 ans	II	6	54	8 ans
9 ans	I0	5	50	9 ans

A D E N O P A T H I E S C E R V I C A L E S I S O L E E S

Nos 8 cas d'adénopathies cervicales isolées (L.B.S.) ont été traitées par irradiation . Dans 2 cas , un curage sous-maxillaire a été pratiqué . La maladie évolue par poussées successives , intéressant progressivement un plus grand nombre de groupes ganglionnaires cervicaux , puis tous les groupes ganglionnaires et profonds .
Les poussées ultérieures sont traitées selon leur diffusion par les agents physiques ou chimiques . La chronologie de l'évolution de nos 8 cas est résumée dans le tableau suivant ; les délais sont exprimés en mois .

Localisation ganglionnaire initiale	Délai avant 2ème Loc.	2ième Localisat.	3ième Localisat.	Lymphographie	Nombre de Poussées	NOMBRE de Rémissions	Durée de L'évolution	Etat Actuel
Sus-claviculaire	2	Axillaire	Périphér. Profondes	Normale à la 2e Loc.	3	2	5	Décédé.
Kuttner Sus-claviculaire	30	Kuttner	Axillaire	-	5	4	60	Décédé
Kuttner	36	Kuttner	Cervicaux	-	6	5	I40	Décédé.
Sous-maxill.	I0	Kuttner.	Cervicaux Médiastin.	-	4	3	I8	Décédé.
Sous-maxill.	23	Cervicx	Cervicaux.	Gg. LomboAort. à la 5e Loc.	5	5	40	Vivant.
Sous-mental	I8	Cervicx	-	Normale à la 2e Loc.	2	2	23	Vivant.
Sous-maxill.	I	Axillaire	Périphéri:	Gg. LomboAort. à la 3e Loc.	3	2	29	Vivant
Kuttner	-	-	-	Normale à la Ière Loc.	I	I	8	Vivant

ETUDE PRONOSTIQUE EN FONCTION DE L'HISTOLOGIE sans tenir compte de la LOCALISATION

Nous avons retrouvé cinq publications étudiant la survie à 5 ans après le début du traitement, en fonction de l'histologie .

Mais il s'agit debL.S. et de R.S. de toutes localisations .

Auteurs	Année	Survies à 5 ans exprimées en % L.S.	R.S.	Brill Symmers
Cook	I960	35	22	49
Rosenberg	I96I	I8	I4	34
Hilton	I962	29	I6	50
Veraguth	I963	-	I8	-
Vera Peters	I963	25	I6	46

Ces publications donnent donc les pourcentages moyens suivants :

- 25 % pour les L.S. . A l'I.G.R. , nous trouvons 3I % .
- I5 % pour H.S. et R.S.A l'I.G.R., nous trouvons 50 % .

Survies à 5 ans en fonction de l'histologie des cas traités à l'I.G.R. (en %) .

RECUL	Après début traitement L . B . S .	R.S. et H.S.	Après début clinique L. B . S .	R.S. et H.S.	RECUL
3 mois	88	90	98	95	3 mois
6 mois	7I	85	85	90	6 mois
I an	58	67	7I	80	I an
I8 mois	47	62	55	68	I8 mois
2 ans	45	59	49	65	2 ans
3 ans	39	52	48	53	3 ans
4 ans	38	50	45	53	4 ans
5 ans	3I	50	33	53	5 ans
6 ans	23	50	23	50	6 ans
7 ans	23	40	23	40	7 ans

MALADIE DE B R I L L S Y M M E R S

Nous en avons observé quatre cas .

(I) Dans deux cas , une localisation sarcomateuse O.R.L. semble avoir précipité l'évolution;

- Dossier I.G.R. OI.6I.4472. Homme de 27 ans . Après exérèse d'une adénopathie sous-maxillaire évoluant depuis trois mois , une deuxième poussée ganglionnaire survenue 3 mois plus tard révèle un L.B.S. de l'amygdale palatine ,,rapidement extensif malgré la radiothérapie et le décès survient 3 mois plus tard , soit après 9 mois d'évolution .

- Dossier I.G.R. OI.64.338I. Homme de 53 ans . Après curage jugulo-carotidien pour des adènopathies évoluant depuis onze mois , des adènopathies cervicales bilatérales révèlent deux mois plus tard un H.S. du cavum. La radiothérapie obtient un effacement total , mais provisoire des ganglions et de la tumeur , car le décès survient cinq mois après la fin du traitement , par récidive loco-régionale et cachexie . Durée totale de l'évolution:I8 mois.

(2) Dans les deux autres cas , la maladie n'a pas intéressé la sphère O.R.L.

- Dossier I.G.R. II.57.35I8. Homme de 53 ans . C'est 4 ans après l'exérèse d'un groupe ganglionnaire cervical unilatéral , qu'une deuxième poussée homolatérale entraine une deuxième intervention qui permet à l'histologiste de constater la présence de quelques cellules malignes au sein d'une architecture encore typique de Brill Symmers . Une irradiation à la dose de 2.400 R. est alors pratiquée . Ce n'est que 4 ans et demi plus tard que des adénopathies cervicales bilatérales surviennent et qu'une biopsie révèle un L.B.S. typique . Malgré l'inefficacité apparente d'une chimiothérapie convenablement appliquée , le décès ne survient que 3 ans plus tard , dans un tableau de généralisation sarcomateuse (hématémèses , polyadénopathie , cachexie) . Evolution : II ans .

- Dossier I.G.R. II.54.2936. Homme de 48 ans . Une deuxième poussée ganglionnaire unilatérale survient deux ans et demi après l'exérèse d'un ganglion sous-digastrique qui avait permis le diagnostic de Brill Symmers . Mais dès la deuxième poussée , il s'agissait déjà d'un L.B.S. et malgré une disparition par 3.000R. , la troisième poussée associant ganglions périphériques et lombo-aortiques survient I4 mois plus tard . Le décès survient I3 mois après la troisième poussée ; Evolution totale : 5 ans .

Dans ces deux derniers cas , on retrouve la notion de survie prolongée , telle qu'elle est signalée (autour de 50 % de survie à 5 ans) par de nombreux auteurs , notamment Cook (IC5) , Hilton et Sutton (I3) , et Rosenberg (I23) .

PRONOSTIC EN FONCTION DE L'EXISTENCE D'ADENOPATHIES AU Ier EXAMEN

Dans notre série , 54 malades sur 99 étaient porteurs d'adénopathies cliniquement décelables au premier examen clinique . Un an après , 29 de ce groupe de 54 malades étaient décédés . Ainsi après un an , on ne retrouve que 53 % de ce groupe , alors que survivent 7I % des malades du groupe cliniquement indemne d'adènopathies au début .

Nous retrouvons encore l'élément pronostique favorable que constitue la non-découverte d'adénopathies au premier bilan clinique , en comparant les taux de survie :

- à 3 ans : 54 % contre 38 % ,
- à 5 ans : 44 % contre 23 % .

Ennuyer souligne l'importance de la mise en traitement des malades sans adènopathies (N.O. dans la classification T.N.M. de l'U.I.CC.) , en rapportant une série de L.S. et de R.S. de l'amygdale palatine (I959 . 32) , avec 55 % de guérison à 5 ans en l'absence de ganglions palpables au premier examen , contre 25 % en cas d'atteinte ganglionnaire .

PRONOSTIC EN FONCTION DU Delai entre le Premier SIGNE FONCTIONNEL ET LA Première CONSULTATION

DELAI	NOMBRE DE CAS	NOMBRE DE SURVIVANTS I AN APRES LA I ère CONSULTATION	%
Moins d'un Mois	34	24	7I
Entre 2 et 6 Mois	56	33	59
Plus de 6 mois	I5	5	33

AUTRES ELEMENTS PRONOSTIQUES

- Les résultats nous ont semblé comparables dans les deux sexes, ainsi que l'indiquent les différentes études consultées .

-Vera Peters ayant signalé (I963.I27) de meilleurs résultats entre 20 et 39 ans(35 % de survie à I0 ans) , nous avons étudié séparément la survie des 22 malades âgés de 20 à 39 ans , mais nous n'avons point trouvé de différences significatives .

SURVIE A I AN des 54 MALADES PRESENTANT DES ADENOPATHIES PROXIMALES AU PREMIER EXAMEN

LOCALISATIONS	L.B.S.		R.S. et H.S.		L.M. SAS	
	NOMBRE	SURVIVANTS	NOMBRE	SURVIVANTS	NOMBRE	SURVIVANTS
7 Massif façial	4	I	2	2	I	I
29 Amygdale palat.	I7	9	9	5	3	I
II Cavum	6	I	3	0	2	I
3 Amygdales ling.	2	2	I	0	0	0
I Hypopharynx	0	0	I	I	0	0
2 Mandibule	I	I	I	0	0	0
I Parotide	0	0	I	0	0	0
TOTAL	30	I4	I8	8	6	3

SURVIE A I AN des 45 MALADES SANS ADENOPATHIES AU PREMIER EXAMEN

LOCALISATIONS	L.B.S.		L.C.S.		L.M. SAS		R.S. et H.S.	
	Nombre	Survivts	Nombre	Survivts	Nombre	Survivts	Nombre	Survivts
25 Massif façial	II	6	0	0	2	2	I2	II
9 Amygdale palat.	5	4	I	0	0	0	3	I
6 Cavum	I	I	I	0	0	0	4	4
I Amygdale ling.	I	I	0	0	0	0	0	0
2 Hypopharynx	2	0	0	I	0	0	I	I
2 Mandibule	0	0	0	0	0	0	2	I
TOTAL	I8	I2	2	I	2	2	22	I8

C O N C L U S I O N S

(I) ETUDE GENERALE

- 107 sarcomes lymphoïdes et réticulaires cliniquement localisés à la région cervico-faciale et sans atteinte hématologique initiale sont étudiés : 62 intéressent l'anneau de Waldeyer (38 l'amygdale palatine , 17 le cavum) , 32 le massif facial , 4 la mandibule , 1 la parotide , 8 des ganglions cervicaux sans atteinte décelable des voies aéro-digestives supérieures .

- 60 % des cas atteignent le sexe masculin , 40 % le sexe féminin . 56 % sont observés entre 40 et 69 ans . Après 60 ans , on ne retrouve chez l'homme que 30 % des cas , alors qu'on retrouve 54 % des cas observés chez la femme .

- Les signes généraux , fièvre , asthénie , amaigrissement , sont rarement observés , dans 8 cas . Dans 5 de ces cas , le décès est survenu dans un délai de 2 à 6 mois .

- La vitesse de sédimentation et la numération globulaire ne peuvent orienter le pronostic lors du premier bilan . Mais une perturbation profonde des gamma-globulines semble être un élément défavorable puisque les 4 malades chez qui elle a été retrouvée sont décédés dans un délai de 2 à 6 mois .

- En raison de la mise au point récente de sa technique , la lymphographie n'a généralement pu être pratiquée dès le début de l'affection chez la plupart de nos malades . Elle est irremplaçable pour déceler les adénopathies latentes iliaques profondes et latéro-aortiques . Pratiquée 10 fois au cours de l'évolution , elle en a révélé 4 fois .

(2) ETUDE HISTO-PATHOLOGIQUE

- La prolifération sarcomateuse est caractérisée par la disparition de l'architecture normale de l'organe ,remplacée par une nappe monotone de cellules , soit lymphoïdes (Lymphoblastes : L.B.S. ; Lymphocytes : L.C.S.) , soit réticulaires malignes (R.S.), soit histiocytaires malignes (H.S.) . Dans certains cas , on ne peut classer avec précision la nature histologique : on ne peut qu'affirmer la malignité du lymphome , sans autre spécificité (L.M. SAS) .

- L'étude cytologique par ponction et empreinte ganglionnaire doit être systématique ; 23 adénogrammes sur les 26 pratiqués ont corroboré l'étude anatomo-pathologique .

- Le diagnostic différentiel peut être difficile avec un processus inflammatoire chronique , surtout en cas de tumeur ulcérée , mais aussi avec un épithélioma très indifférencié , un lympho-épithéliome , certains types de maladie de Hodgkin .

- Dans le sexe masculin , les L.S. représentent les deux tiers des cas ; dans le sexe féminin , nous trouvons autant de R.S. que de L.S.

- Les L.B.S. représentent plus de la moitié des cas étudiés (57) ; les L.C.S. sont très rares (3 cas) ; les sarcomes réticulohistiocytaires représentent plus du tiers des cas (23 R.S. et I7 H.S.) . Enfin 7 cas ont dû être classés L.M. SAS .

- 4 cas ont été diagnostiqués au stade de Brill Symmers : 3 ont évolué vers un L.B.S. , I vers un H.S. .

(3) ETUDE PAR LOCALISATION

- Les L.S. et les R.S. de l'amygdale palatine représentent , d'après la littérature , environ 20 % des tumeurs malignes de cet organe . Ils se révèlent par une hypertrophie amygdalienne , parfois pseudo-phlegmonneuse , avec dysphagie , otalgie , et des adènopathies dans un tiers des cas . La tumeur est ulcérée dans un tiers des cas . Elle intéresse les piliers et le voile dans trois quarts des cas . Trois malades sur quatre sont porteurs d'adènopathies dès le premier examen : elles sont surtout jugulo-carotidiennes et sous-maxillaires .

- Les L.S. et les R.S. du cavum représentent le tiers des tumeurs malignes du rhino-pharynx. Ils se révèlent surtout par un syndrome rhinologique ou tubaire et des adènopathies . La tumeur intéresse surtout le toit et le pourtour tubaire . Un tiers des malades était indemne d'adènopathies au premier examen .

- Les L.S. et les R.S. du massif façial représentent moins de I0 % des tumeurs malignes du massif ethmoïdo-maxillaire . Ils se révèlent par un syndrome rhinologique , névralgique ou oculaire , ou une déformation façiale , et plus rarement par des adènopathies . La tumeur siège le plus souvent , soit au niveau de l'infrastructure , soit sur la face externe de la fosse nasale - propagée ou non au sinus maxillaire , parfois intéressant tout le maxillaire supérieur . Les quatre cinquièmes des malades étaient indemnes d'adènopathies lors du premier examen clinique .

- Enfin ont été étudiés 4 cas atteignant l'amygdale linguale , 4 de la muqueuse gingivale de la mandibule , 2 de la paroi postérieure de l'oropharynx , I du sinus piriforme , I de la parotide . Mais aucun cas au niveau du larynx ou de l'oreille moyenne .

- Enfin , 8 cas d'adènopathies cervicales cliniquement isolées sont rapportés .

(4) TRAITEMENT

- Les radiations constituent l'agent thérapeutique essentiel . On utilise le 220 K.V. , le Cobalt ou le Bétatron , à des doses voisines de 4.000 Rad , délivrées à la tumeur et aux aires ganglionnaires cervicales des deux côtés . La tumeur primitive , surtout en cas de L.S. fond très vite sous irradiation . L'irradiation systématique des aires ganglionnaires axillaires et médiastinales est à l'étude : elle ne semble pas influencer aussi favorablement les résultats ultérieurs que dans la maladie de Hodgkin .

- La chimiothérapie est actuellement réservée aux atteintes sarcomateuses plurifocales . Les alcaloïdes de la pervenche ont actuellement la préférence . La cure chimique post-radiothérapique est actuellement à l'étude .

- La cortcothérapie n'est employée que comme adjuvant , pour lutter contre des signes généraux très marqués .

- La chirurgie de la tumeur primitive n'est qu'exceptionnellement pratiquée , surtout en cas de récidives et sous couvert d'irradiation , et dans les localisations maxillaires supérieures (4 cas) . L'exérèse des ganglions satellites n'est jamais pratiquée . La cure chirurgicale des déterminations extra-cervico-faciales est parfois possible en cas d'atteinte isolée d'un segment du tube digestif (2 cas) .

- Les résultats de l'irradiation lors de la première poussée évolutive de la maladie sont caractérisés par une grande sensibilité de la tumeur (disparition totale dans plus de 90 % des cas) , et par une relative résistance des adénopathies (60 % seulement disparaissent) . La tumeur est plus sensible au niveau de l'amygdale palatine et du massif facial , qu'au niveau du cavum. L'étude des résultats des irradiations selon la dose délivrée montre que la présence d'adénopathies lors du premier examen indique une irradiation à plus de 4.000 Rad , surtout en cas de R.S. De plus , une irradiation à plus de 4.000 Rad semble diminuer la fréquence des récidives loco-régionales , surtout en cas de L.S.

(5) EVOLUTION SOUS TRAITEMENT

- Une récidive locale ou ganglionnaire proximale survient dans un tiers des cas ; celle-ci ne sera contrôlée par une deuxième irradiation que dans 30 % des cas , et plus souvent au niveau du massif facial qu'au niveau de l'anneau de Waldeyer .

- Lorsqu'après guérison clinique complète de la maladie , survient une récidive de la maladie , celle-ci est loco-régionale dans 42 % des cas , et extra-cervico-faciale dans 58 % .

- Une détermination extra-cervico-faciale est observée chez un malade sur deux , quelle que soit l'histologie . Elles sont surtout fréquentes dans les L.S. et R.S. de l'amygdale palatine , plus rares dans ceux du massif facial . Les organes le plus souvent intéressés sont les ganglions superficiels et profonds , le tube digestif , le squelette et la plèvre ; ces localisations secondaires apparaissent dans les deux tiers des cas dans les six mois qui suivent le diagnostic . Plus le délai d'apparition est long , plus la survie est prolongée . Deux fois sur trois , la mort survient dans les six mois qui suivent la révélation de la localisation sarcomateuse .

- Quatre transformations leucémiques compliquant des L.B.S. ont été observées . Elles sont particulièrement précoces - se révélant un à trois mois après le début de la maladie - et sévères : trois leucémies lymphoblastiques ont entrainé la mort dans un délai de trois à six semaines , et une leucémie lymphoïde a eu une évolution de quinze mois .

- Les localisations sarcomateuses extra-cervico-faciales sont responsables de la mort dans 65 % des cas , beaucoup plus fréquemment au niveau de l'amygdale palatine et du massif facial qu'au niveau du cavum . L'envahissement loco-régional n'est responsable que de I8 % des décès .

- La durée de survie pour les 54 malades décédés est de douze mois après l'admission . Elle est un peu plus courte pour les sarcomes histio-réticulaires que pour les sarcomes lymphoblastiques .

(6) CHEZ L'ENFANT

- Neuf cas sont rapportés ; ce chiffre est peu important en raison de la fréquence de la dissémination sarcomateuse observée dès le premier examen . 7 cas atteignent des garçons , 2 des filles . Le début se fait surtout entre 2 et 6 ans et entre 9 et douze ans .

-Quatre cas intéressant le cavum , deux le massif facial , un l'amygdale palatine , un la parotide , un la mandibule . Nous trouvons quatre L.B.S. , quatre R.S. , un H.S.

- L'évolution est foudroyante , parfois d'une seule tenue , avec apparition rapide de localisations extra-cervico-faciales dans six cas . Aucun malade n'a survécu plus de I5 mois . Sept sont morts dans un délai de 2 à 9 mois après le début clinique ; aucun cas de transformation leucémique n'a été observé .

(7) PRONOSTIC

- Le taux de survie à 5 ans est de 34 % , ce qui est nettement plus favorable que le chiffre de 23 % retrouvé pour diverses séries de toutes localisations . Après un an , 40 % de nos malades sont morts . A IO ans , 20 % de survies .

- La survie à 5 ans pour les sarcomes de l'amygdale palatine n'est que de 23 % , alors que nous retrouvons 34 % pour une série de diverses statistiques colligées . Après un an , 40 % de nos malades sont morts . Pour le cavum , 60 % des malades sont morts après un an , et nous ne retrouvons que I4 % à 5 ans . Pour le massif façial , les résultats sont nettement plus favorables : 72 % de survivants après un an , 53 % à 5 ans , 40 % à 8 ans .

- Pour les L.S. , nous trouvons 3I % de survies à 5 ans , chiffre comparble à ceux de la littérature pour les L.S. de toutes localisations . Pour les R.S. , nous trouvons 50 % à 5 ans , alors que les chiffres moyens des diverses publications se situent autour de I5 % pour les R.S. de toutes localisations .

- L'intervalle entre le premier signe et la première consultation a une grosse importance pronostique : s'il est d'un mois , nous retrouvons 7I % de survies à un an ; 59 % s'il est de 2 à 6 mois ; et 33 % s'il est de plus de 6 mois .

- La présence d'adènopathies au premier examen est un élément très défavorable : après un an , on retrouve 7I % de survivants dans le groupe qui en étaient cliniquement indemnes , et 53 % seulement parmi ceux qui en présentaient . Après trois ans , 54 % contre 38 % ; et après 5 ans , 44 % contre 23 % .

E N C O N C L U S I O N

Les lymphosarcomes et les réticulosarcomes cliniquement isolés de la région cervico-façiale posent encore des problèmes mal résolus , en particulier :

- au point de vue diagnostique , et la lymphographie aujourd'hui systématique aide beaucoup à apprécier la diffusion de la maladie ;
- au point de vue thérapeutique , notamment en ce qui concerne les modalités d'irradiation et la place de la chimiothérapie .

Vu , Le Président de Thèse :

Professeur P. DENOIX

Vu , Le Doyen de la Faculté :

Professeur G. BROUET

Vu et Permis d'imprimer ,

Le Recteur de l'Académie de PARIS :

J . ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

I. ETUDE GENERALE

1. ARNULF (G.)
Documents lymphographiques dans le L.S.
Lyon chir. 60 N°I : I25-I28 , I964

2. CRAVER (L.F.)
Lymphomas and Leukémias.
Bull N.Y. Acad.Med. 23 : 79-I00 , I947

3. CRAVER (L.F.)
Reflections on malignant lymphomas.
"A.M.J. Roentgenology Rad.Therapy & nuclear Med." 76 :
849- 858 , I956

4. CUSTER (R.P.) and BERNHARD (W.G.)
The interrelationship of Hodgkin's disease and other lymphatic tumors
A.M.J. Med.Sci. 2I6 : 625-642 ,Dec.I948

5. DE REN (G) et WAYOFF (M)
Infiltration lymphomateuse maligne des voies aérodigestives supérieures et Macroglobulinémie.
Ann.Otolaryng. 77 : 978-98I , I960

6. DES JARDINS (A.U.) et FORD (F.A.)
Hodgkin's disease and L.S.
JAMA 8I : 925-927 , I923

7. DIAMOND (H.D.)
The natural history and management of lymphosarcoma.
Med.Clin.N.Amer. 40 : 72I-742 , May I956

8. FESTING (P.)
Recherches de cellules néoplasiques dans le sang circulant chez des malades atteints d'hématosarcomes non leucémiques.
Rev.Franc. Pt.Cl. et Biol. 7 :II05-II07 , I962 (3)

9. GALL (E.A.), MALLORY (T.B.)
Malignant lymphoma :clinicopathologic survey of 6I8 cases
Am.J. Path. I8 : 362-38I-429 , May I942

IO. HALL (C.A.),OLSON (K.B.)
Prognosis of the malignant lymphomas.
Ann.Int. Med. 44 : 687-706 ,April I956

II. HARE (H.F.),MULRY (W.C.),SORNBERGER (C.F.)
Lymphoid Tumors.
Radiology 50 : 506-5I2 , I948

I2. HARMAN (R.RM) ,KODICEK (J.), PINNIGER (J.C.)
Malignant lymphomas of the Nose and Throat.
J.Laryng.and Otol. 70 : 377-407 , July I956

Les références suivies de la lettre (B) sont des artcles suivis d'une importante bibliographie .

I3. HILTON (G.) et SUTTON (P.M.)
Malignant lymphomas,Classification,prognosis et traitement.
The Lancet 7224 : 283-287 , I0.2.I962 (B)

I4 JACKSON (H.) , PARKER (F.)
Hodgkin's diseases and allied disorders
New York : Oxford U.P., I947

I5. KUNDRAT (H.)
Ueber lymphosarcomatosis.
Wien Klin. Wchnschr. 6 : 2II-234 , I893

I6. MATHE (G.) et SEMAN (G.)
Aspects histologiques des leucémies et hématosarcomes.
Maloine Ed. I963

I7. MALTHIENSEN (E.)
The lymph nose fever relationship in lymphoma.
Journal Radiology .Vol.68 N°5 : 739-74I , I957.

I8. PARSHALL (D.B.),STENSTROM (K.W.).
Malignant lesions of the tonsil.
Radiology 60 : 564-572 , I953

I9. ROULET (F.)
Das primäre Rethotelsarkom des Lymphknoten.
Virchows Arch. f. Path.Anat. 277 : I5-47 ,I930

20. ROSENBERG (S.A.) ,DIAMOND (H.D.),JASLOWITZ (B.) & CRAVER (L.F.)
Lymphosarcoma,review of I296 cases.
Medicine 40 : 3I-84 , I96I

2I. ROSENBERG (S.A.)
Lymphosarcomas : the effects of therapy and survival in I269 patients in a review of 30 years'experience.
Ann.Int.Med. 53 : 877-890 ,I960 (B.)

22. SELTZER (A.P.)
Lymphosarcoma,a problem for the nose and throat specialist.
Ann.OTo.Rhino and Laryngol. 68 : 222-226 N°I. Mars I959 (B)

23. SHIMKIN (M.B.)and COLL .
L.S. : an analysis of frequency,distribution and mortality at the University of California I9I3-I948.
Ann.Int.Med. 40 : I095,I954.

24. SUGARBAKER (E.D.),CRAVER (L.F.)
Lymphosarcoma with a study of I96 cases with biopsy.
JAMA II5 : I7-23,July I940

25. WARD (G.E.) and HENDRICK (J.W.)
Diagnosis & treatment of the Tumors of Head & Neck.
Williams & Wilkins C.Y. Baltimore I950

26. WEAVER (D.F.)
Lymphoblastoma in Otolaryngology.
The Laryngoscope Vol.LXV N° 4 : 207, I955

27. WEISSHAAR (J.)
Ergebnisse bei der Behandlung von Tatienten mit Retothel
Stralentherapie I07 : 85,I958

28. CALVET (J) et DUBARRY (A)
Le traitement radiothérapique du Lymphosarcome de l'amygdale palat.
Journal Fr. d'O.R.L. 1 , Fév.I952

29. CRUICKSHANK (A.H.)
Tonsillar involvement in sarcoma of the alimentary lymphoid tissue
British j.of Cancer ,vol.11 N° 2.:I70-I74 , 6.I957

30. DANCOT (H)
Le traitement des T.Lymphoïdes malignes(L.et RS de l'Ale pal.&Cavum)
Acta O.R.L. Belgica 43 N° 8 : 655-658 , I954 (B)

3I. ENNUYER (A) et BATAINI (J.P.)
Les tumeurs de l'Amygdale et de la région palatine.
1 vol. MASSON , I956.

32. ENNUYER (A) et BATAINI (J.P.)
Résultats thérapeutiques concernant I50 cas de L.Sarc.de l'Amygdale
Ann.O.R.L. T. 76 : 633-638,N°7.8.I959

33. ENNUYER (A)
Lympho-sarcomes de l'amygdale.
(à paraitre) I965

34. FOSTVEDT (L.MR) et FOSTVEDT (G.A.)
Lymphosarcoma of the tonsil.
Arch.Otolaryngol. 6I : 465-467 Avril I955 (B)

35.FRIEDBERG (S.A.) and HASS (G.M.)
Lymphomas of the Nasopharynx and pharynx.
Arch.otolaryngol. 60 , 677 , I954 (B)

36. FRIEDBERG (S.A.) ,EDWARDS (R.H.) et HASS (G.M.)
Malignant lymphomas of the Pharynx.
Arch. of Otol.Rhin.Laryngol.66 N° 3 : 830-849 , Sept.I957

37. HIRST (G.C.)and CHARLAND (R.A.)
Lymphosarcoma of the tonsil.
Arch. O.L. 60 : 54, I95I

38. JOHNSON (F.)
Lymphosarcoma of the tonsil.Discussion of cases with recovery.
Laryngoscope T.70 N° 6 : 846-853 , I960

39. MADURO (R.)
Pathologie de l'amygdale
1 vol.MASSON I953

40. METSON (B.F.) et VAN NUYS
L.S. of the tonsil in children.Review of the literature and report of a case.
Annals of O.R.L. 63 : I93-I99 , 3.I954 (B)

4I. PAROLARI (P.) ,LEONARDELLI (G.B.) et Coll.
Tumeurs rares de la base de la langue.
Revue Laryngol. 83 : 903-924 , I962

42. PORTMANN (G.)
Considérations sur les Tumeurs de la Base de la langue.
Revue Laryngol.Otol.Rhinol.Vol.78: I-8. I.2. I957

43. ROSSI (G.) et CHERUBINI (E.)
Malignant tumors of the pharyngotonsillar region.
Acta Otolar.Vol 52 : N° 5.6. pp. 477-485, II.I2.I960

44. SORIN
Etude clinique et thérapeutique du L.S. de l'Amygdale.(IO4 cas traités à la Fondation CURIE.
BULL. Ass.Franc.du Cancer 35 N°I. :65-85 ,I948.

45. SORIN
Etude thérapeutique du L.S. de l'Amygdale.
J.Radiol. Electrol. 37 N° 7.8. : 622-627,7.8. I956.

46. TAILLENS (S.P.)
Contribution à l'étude physiologique et pathologique de l'anneau lymphatique de Waldeyer.
Acta Otolar.Suppl.6I , I944.

47. TELCH (H.A.)
Cancer of the tonsil.
AMA Arch Surg. 65 : 693-70I , I952.

48. Index of Papers published at the Radium hemmet Stokholm and report of December 3I st I958.
Statistique Cavum - Amygdale. p.I23.

III. C A V U M

49. BACLESSE. DULAC.
Tumeurs malignes du Rhinopharynx.Résultats éloignés de leur traitement par les Radiations.
BULL Ass.Franc. 3I N°3 : P.I60,I943.

50. BACLESSE (F.)
Les cancers du Rhinopharynx (étude Radiologique).Résultats éloignés par la Radiothérapie.
Ann.Otolar.T 73 :509-520, 7.8. I956

5I. BOUCHE (J.)
Les Tumeurs malignes du Rhinopharynx.
Exp. Ann.O.R.L. Masson : I9-40 , I956

52. FITZHUGH (G.S.) et MAC WALLENBORN.
Tumeurs du nasopharynx.52 cas.
Laryngoscope 7I.5 : 457-479 ,Mai I96I

53. GODTFREDSEN (E.)
Ophthalmologic and neurologic symptoms at malignant nasopharyngeal tumors.Clinical study comprising 454 cases.
Acta psychiat.and neurol. Scandinav.Suppl. 34: I.323,I944

54. LABATLE (F.) et THIBAUT (B.)
Cancer du cavum chez l'enfant.
Acta Soc. Oto-Rhino-Laryng.Latina.Communication au Congrès de Madrid. p.245-268 , I962.

55. NEW (G.B.) - STEVENSEN (W.)
End results of treatment of malignant lesions of nasopharynx.
Arch Otolaryng. 38 : 205-209 , I943.

56. SICHER (J.) et WILD (Ch.).
Radiographies et tomographies de Tumeurs du Cavum.
J; de Radiologie pp.760-762 , 7.8. I957

57. YEH,SHU (Formose)
A histological classification of the nasopharynx with a critical review as to the existence of lymphoepithelioma.
Cancer I5 : 895-920 , I962 (B)

IV. MASSIF FACIAL

58. ANDRE (P.)
Epithéliomas du massif ethmoido Maxill. Méthodes et indications thérapeutiques.
Problèmes actuels O.R.L. Maloine : I87-2I5 Maloine.

59. CADENAT et PLANEL.
Lymphosarcomes des mâchoires.
Rev.Stomat. 55 : II3-I35,I954.

60. Colloque sur les Tumeurs réticulaires malignes à localisation maxillo-faciale.
Rev.Stomat. 58. IO.II.I957.

6I. HUET (P.C.) et STEFANI (S.)
Les cancers du massif facial sup.
Masson I960.

62. LACHARD (J.)
Lymphosarcome lymphoblastique du Maxillaire inférieur.
Rev.Stomato. pp.364-370 , I958.

63. LEROUX ROBERT et ENNUYER
Cancer du massif Ethmoido-Maxillaire.
Ann.otolar. T.68 N°IO : 6I7-688 , I95I.

64. OFFRET (G?)
Les Tumeurs de l'Orbite et leur traitement.
Rapport Sté Française d'Ophtalmologie ,I95I.

V. LOCALISATIONS DIVERSES

65. BACLESSE F.
Tumeurs malignes du Pharynx et du Larynx.
Masson I960.

66. GREENBERG (S.D.),MULLER (D.J.) et HARRIS (H.H.)
Sarcoma of larynx (report of a case with discussion of pseudo-sarcoma
The Laryngoscope ; LXXIV I. :I03-II0 , I964

67. KRATZ (R.C.) et RITTERHOFF (R.)
Sarcoma of the larynx.
Annals ORL 70 : 239-250 , I96I (B)

68. LEROUX ROBERT (J.)et PETIT (B.)
Les sarcomes du larynx.
Ann.Oto Laryngol. N° 2 , I945.

69. Leroux Robert (J;) et ENNUYER (A;)
Les tumeurs malignes de l'oreille.
Rapport Congrès Sté Française ORL I957.

70. LEROUX ROBERT (J.)
Sarcomes du larynx.
Problèmes actuels ORL . Masson I96I (B)

71. MARCHAND (J.) et Mme DUSSART
Deux observations de réticulo-sarcome de l'oreille moyenne.
Ann.Otolay. T.80 : 915-918 , 1963

72. MARCHAND (J.)
R.L.S. de l'oreille moyenne.
Problèmes actuels ORL.P.137 , 1964.

73. NORRIS (C.M.) et PEALE (A.R.)
Sarcoma of the larynx.
Annals Oto Rhino-Laryng. 70 : 894-909 , Spt. 1961

VI. B R I L L S Y M M E R S

74. BERTOGALLI (D.),LEONARDELLI (G.B.)
Significato dell'iperplasia gigante folliculare nel tessuto linfatico dell'anello di Waldeyer.
Arch.ital.OTOL 64 : 696-719 , Sept.1953.

75. BRILL (N.E.) ,BAEHR (G.) ,ROSENTHAL (N.)
Generalized giant lymph follicle hyperplasia of lymph nodes and spleen.
J.A. M.A. 84: 668-671 , 1925.

76. LEMOYNE (J.) FLEURY (P.) , GOURDIN (J.),SERVENIERE.
A propos d'un cas de maladie de Brill Symmers.
Ann.Otolar.T.77 .Vol.7.8. : 557-563 , 1960. (B)

77.LAFON (H.) et BERTOIN (P.)
Lymphomes giganto-folliculaires de l'anneau de Waldeyer.
J.Français ORL .Vol.6 N° 4 : 652-659 , 7.8. 1957. (B)

78. CHEVALLIER (P.) et BERNARD (J.) etc...
Sur 12 cas de lymphomes giganto-folliculaires.
Le Sang 24 : 665-669 , 1953

79. MULER (H.)
Maladie de Brill Symmers.
Ann.Otolar 74 : 6 : 472-474 , 1957.

80. SISCHKA (O.)
Gross follikuläres lymphoblastoma im Bereich des Waldeyerschen Rachenringes.
Monatschr.Ohrenheilk 90 : 152-155 , 1956.

81. SYMMERS (D.)
Giant follicular lymphadenopathy with or without splenomegaly.
AMA Arch.Path. 26 : 603-647 , 1938.

V I I . P E D I A T R I E

82. BAILEY (R.J.), BURGERT (E.O.) , DAHLIN (D.C.)
Malignant lymphomas in children.
Pediatrics 28 : 985-992 , 1961.

83. BORELLA (L.)
R.S. chez l'enfant.
CANCER 17 N°1 : 26-31 , I. 1964. (B)

84. BURKITT (C.D.)
A sarcoma involving , jaws in African children.
Brit.J. Surgery 197 : 218-223 , 1958

85. BURKITT (D.) and O'CONOR (G.T.)
Malignant lymphomas in African children
1) clinical syndrom "Cancer" I4 ,P.258 , I96I
2) pathological entity "Cancer" I4 , P.27C, I96I.

86. BYARS (C.T.) et ACKERMAN (L.V.)
Tumeurs issues des glandes salivaires chez l'enfant.
Annals Surgery I46 N° I : 40-4I , I957.

87. CALVET (J.) , RIBET (A.) et AZAIS (A.)
Le cancer chez le jeune de 0 à I5 ans, en ORL.
J.Franc. d'ORL II N° 4 ,P.292, I953.

88. CHARACHE (H.)
Lymphosarcoma in infancy and childhood.
Am.J. Roentgen 76 : P.594 , I956 (B)

89. CHARACHE (H.)
Tumors in children : a report of 90 cases.
New-York Staten.J.Med. 54 : I775-I778 , I954.

90. DARGENT (M.) et Coll.
Les tumeurs malignes des adolescents.
Rev.Lyon Méd. I0 : 909-928 , I96I.

9I. DARGEON (H.W.)
Lymphosarcoma in childhood.
A,M,J. ROENTGENOLOGY 85 : 729-732 , I96I (B)

92. JONES (B) et KLINGBERG (W.G.)
L.S. chez l'enfant.
J. of Ped. VII 63 N°I p.II-20 , I963 (B)

93. MARKOWICZ (H.) , SHANON (E.)
Sarcoma of the head and neck in childhood.
Annals Oto.Rhin.Lar. 68 4. pp.II05-II26 , I959.

94. MAXWELL (G.M.)
I2 cases of L.S. in children.
Arch.Dis. Childhood29 : I55 ,I954.

95. PIERCE (M.I.)
Lymphosarcoma and Hodgkin's disease in children.
Proc. the Fourth National Cancer conference Philadelphia.
J.B. Lippincott Company P.559 , I960.

96. REYNAUD (J.)
Sarcomes des tissus hémopoiétiques à localisation maxillo-faciale chez l'enfant africain.
Ann.Oto laryng. 79 : 46-53 , I962 (B)

97. ROSEMBERG DIAMOND et Coll.
Lymphosarcoma in childhood.
New England J.Med. 259 : 505-5I2 , I953 (B)

98. RUSH (B.F.), CHAMBERS (R.G.) et RAVITCH (M.M.)
Cancer of the head and neck in childhood.
Surgery 54 N° 2 : 270-284 , I963

99. SCHWEISGUTH (O.)
Les tumeurs malignes chez l'enfant.
Ann. de Pédiatrie 88 : 2821-2823 , I959.

I00. SOUTHWICK , SLAUGHTER , MAZARAKIS.
Malignant diseases of the head and neck in childhood.
Arch.Surgery 78.5. pp. 678-687 , I959.

I0I. SULLIVAN (M.P.)
Leukemic transformation in L.S. of childhood.
Pediatrics 29 : 589 , I962.

I02. SUTTON (H.W.)
Cancer of the head and neck in children.
JAMA I90 . 5 . pp.4I4-4I6 , I964 (B)

I03. TOWSON (C.E.)
Reticulum cell L.S. of the Naso pharynx.
Arch.Otolar 60 ,P.6I2 , I964 (B)

I04 Malignant tumors in African children with special reference to malignant lymphomas.
Journal of Pediatrics ST Louis 56 . 4 . pp.526-535 , I960

V I I I P R O N O S T I C et T R A I T E M E N T

I05. C O O K (J.C.),KRABBENHOFT (K.L.) et Coll.
Lymphosarcoma reticulum cell sarcoma and giant follicular lymphoma long term results following Radiation therapy.
A.M.J. of Roentgenology Vol.84 N°4 : 656-665 , X.I960. (B)

I06. DANCOT (H.) et MALTIERI (R.I.)
Résultats des irradiations des lympho et réticulo sarcomes Ganglionnaires périphériques : guérison ou rémission.
Journal de Radiologie T.4I.Vol.II : 723-729 , XI I960. (B)

I07. DANCOT (H.)
Les possibilités curatives actuelles dans le traitement des L.et R.S. d'origine ganglionnaire.
Acta chir.Belg. 55 N°5 : 490-502 ,Mai I963

I08. FULLER (L.M.) et FLETCHER (G.H.)
The radiotherapeutic management of the lymphomatous diseases.
Am.J. Roentgenol. 88.5. pp.909-923,I962.

I09. GALL (E.A.)
The surgical treatment of lymphosarcomas.
Ann.Surg. II8 p.I064 , I943.

II0. GILBERT
Mémoire pour le C.E.S. de Radiologie (Curie) I964.
Radiothérapie des sarcomes ganglionnaires cervicaux (35 cas).

II0 Bis. HELLWIG (A.C.)
Malignant lymphoma : the value of radical surgery in selected cases.
S.G.O. 84 : 950 , I947

III. KAPLAN (H.S.) et LAUGIER(A.)
Vers un traitement radical des Hémato-sarcomes.
J.Radiol. Electrol. 45 N° 6.7. : 355-356, 6.7. I964.

II2. KYLE (R.A.),MAC PARLAND (C.E.) et DAMESHEK (W.)
Les posologies élevées de predinsolone et prednisone dans le traitement des affections lymphoprolifératives malignes.(LLC et LS)
Ann.of Int.Med. 57 N°5 : 7I7-73I ,Nov.I962.

II3. LAUGIER (A.)
Radiothérapie des lymphomes malins.
La France Médicale N°IO : 6I5-622 , XII I963.

II3 Bis LAUGIER (A.)
Radiothérapie des Hématosarcomes.
A paraitre Revue du Praticien I966.

II4. LENZ (M.) , WELLS (J.),STOUT (A.P.).
Hodgkin's disease and L.S. in clinical therapeutic radiology.
U.V. Portmann ed.THOS Nelson & Sons N.Y. pp.545-570 , I950.

II5. MAISIN (H.)
Chimiothérapie de la maladie de Hodgkin,des L.S. et R.S.
Acta Clin.Belg. I7 N°2 : II4-I37, I962.

II6. MATHE (G.) et BERNARD (J.)
Traitement du R.S. et L.S. et de la maladie de Brill Symmers.
Thérapeutique.Sem. des Hopitaux ann.34 N°6 : 623-625, I958 (B)

II7. MATHE (G.) et Coll.
Essai de traitement de la maladie de Hodgkin et de divers
Hémato-sarcomes et leucémies par une méthylhydrasine (IO0 cas)
Presse Médicale 72 N° 28 : I64I-I644 , 6 6.I964 (B)

II8. MATHE (G.) et Coll.
Traitement par la leurocristine des leucémies aigües lymphoblastiques et des L.S.
Nouvelle Rev.Branc.Hémat. N°34 : 478-480 , VII.VIII I963. (B)

II9. MOLLANDER (D.W.) et PACK (G.T.)
L.S. : choix de traitement et résultats éloignés chez I67 malades.
Rôle du traitement chirurgical du point de vue guérison et palliatif.
Internat.Surg.Dig. 72 N°5 : I96-I97 Mai I963.

I20. NICE (C.M.),STENSTROM (K.W.)
Treatment of L.S.
BULL Univ.Minn.Hospitals and Minn.Foundation 22 : 420-428,I95I.

I2I. NICHOLS (D.),PHILIPPS (C.),SOMMER (A.W.).
L.S. study of five years survivals with X.Ray therapy.
Texas J.Med. 53 : 28-34 , I957.

I22. Réunion de la Société Française de Radiologie.Octobre I963.
J.de Radiol. I964.

I23. ROSENBERG(S.A.) et DIAMOND (H.D.), CRAVER (L.F.)
Lymphosarcoma: survival and the effects of therapy (I269 cases)
Ann. of Roentgenology 85 : 52I-532 , I96I (B)

I24. SCOTT (D.F.) et KLOPP (C.T.)
The value of surgical removal of localized lymphomas.
Surgery 49 : 469-476 , I96I (B)

I25. STOUT (A.P.)
Results of treatments of Lymphosarcoma.
N.Y.J.Med. 47 : I58-I64 , I947

I26. VERAGUTH (P.) etCANDARDJIS (G.)
Pronostic et traitement du R.S.(étude de 93 cas) I963
Schweiz,Med.Wschr (Journal Suisse de Médecine) 93 N°24:862-876 (B)

I27. VERA PETERS The contribution of radiation therapy in the control of early lymphomas.
J.of Roentgenology XC N°5 ,Nov.I963 (B).

EDITIONS A.G.E.M.P.
8 RUE DANTE
- PARIS V^e -
ODÉ 58-90